UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1921. — N° 1

TUBERCULOSE

(MALADIE SOCIALE)

« Etude historique de la législation actuelle organisant la lutte sociale antituberculeuse. »

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le Vendredi 7 Janvier 1921

PAR

Albert René MARGAILLAN

Né à Blida, le 18 Octobre 1891

Décoré de la Croix de Guerre

Médaille d'Argent des Epidémies

MEMBRES DU JURY :

MM. CHASSEVANT, Professeur d'Hygiène..... *Président.*
SOULIE, Professeur de Pathologie générale et microbiologie..... *Juges.*
RAYNAUD, Agrégé (Médecine)..... *Juges.*
AUBRY, Agrégé (Médecine)..... *Juges.*

Alger — Imp. Crescenzo, 5, Rues Lulli et Berlioz

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1921. — N° 1

TUBERCULOSE

(MALADIE SOCIALE)

« Etude historique de la législation actuelle organisant la lutte sociale antituberculeuse. »

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le Vendredi 7 Janvier 1921

PAR

Albert René MARGAILLAN

Né à Blida, le 18 Octobre 1891

Décoré de la Croix de Guerre

Médaille d'Argent des Epidémies

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MEMBRES DU JURY :

MM. CHASSEVANT, Professeur d'Hygiène..... *Président.*
SOULIE, Professeur de Pathologie générale et microbiologie..... *Juges.*
RAYNAUD, Agrégé (Médecine)..... *Juges.*
AUBRY, Agrégé (Médecine)..... *Juges.*

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÈDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN..... MM. CURTILLET (O. ✻, I. ✾).
ASSESSEUR..... HÉRAIL (I. ✾).

PROFESSEURS

Anatomie.....	MM. WEBER (✻, I.✾, ⚕).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I.✾).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✻, I.✾, ⚕).
Chimie médicale.....	X....
Clinique médicale.....	ARDIN DELTEIL (I.✾).
Clinique chirurgicale.....	VINCENT (I.✾).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O.✻, I.✾).
Clinique obstétricale.....	ROUVIER (✻, I.✾).
Clinique ophtalmologique.....	CANGE (✻, I.✾).
Clinique médicale infantile.....	N. ..
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.....	GILLOT (I.✾).
Histoire naturelle médicale et parasitologie..	TRABUT (✻, I.✾, O.✻).
Histologie.....	ARGAUD (✻, I.✾).
Hygiène.....	CHASSEVANT (✻, I.✾ ✻)
Médecine légale.....	MICHELEAU (✻).
Matière médicale et thérapeutique.....	HERAIL (I.✾).
Pathologie générale et microbiologie.....	SOULIE (✻, I.✾).
Pharmacie.....	MUSSO (A.✾).
Physiologie.....	TOURNADE (✻).
Physique médicale.....	DUFOUR (I.✾).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✻, I.✾, ⚕).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✻).
REY (✻, I. ✾).
MM. BATTANDIER (I. ✾).
MALOSSE, Theod. (I.✾, ⚕).

AGRÉGÉS

Chirurgie.....	MM. COSTANTINI (✻, ⚕).
	LOMBARD (⚕).
Médecine.....	RAYNAUD (⚕).
	AUBRY (✻, ⚕).
Physiologie.....	GIRAUD (✻, ⚕).
Histoire naturelle médicale et parasitologie..	SENEVET (⚕).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉS

Accouchements.....	MM. FUSTER (✻, ⚕ I.✾).
Chimie.....	H. MALOSSE (⚕ I.✾).
Anatomie.....	FERRARI (A.✾, ⚕).
Pharmacie et matière médicale.....	N.....

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Témoignage de vive affection et de profonde reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE PAUL

tué glorieusement à la guerre

dont le souvenir de notre affection mutuelle ne disparaîtra qu'avec moi-même.

A MON FRERE LOUIS

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance pour tous les conseils qu'il m'a prodigués et de la puissante affection qui nous unit.

A MA FEMME

Qui remplit toute ma vie. Qu'elle soit assurée de mon inaltérable affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

(Je n'aurai garde de les citer de peur d'en oublier un seul)

dont je conserverai le meilleur souvenir.

Qu'il me soit permis d'adresser ici un humble et respectueux hommage à la mémoire de notre vénéré et regretté Maître, le professeur Crespin.

Sa mort fut pour moi un douloureux chagrin.

Son souvenir restera toujours gravé très profondément en mon âme.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur CHASSEVANT,

Professeur d'Hygiène.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ET CHER MAÎTRE,

Je suis heureux qu'une vieille coutume me permette, au moment de terminer mes études médicales, de vous exprimer publiquement ma respectueuse gratitude pour la bienveillance que vous m'avez si largement témoignée en de multiples circonstances.

Votre bonté pour moi ne s'est pas démentie un seul instant.

Après avoir bien voulu m'agréer comme préparateur, vous m'avez inspiré le sujet de cette thèse.

A des heures de découragement vous avez su me remonter.

Soyez assuré de ma cordiale affection et de mon plus profond dévouement.

A MES JUGES

Je dédie cette thèse.

AVANT-PROPOS

Pendant les quelques années que j'ai passées à l'hôpital de Mustapha et à la Faculté de Médecine d'Alger, j'ai eu souvent l'occasion de contracter des dettes de reconnaissance :

Que tous ceux qui furent mes maîtres reçoivent le faible et sincère témoignage de mon respectueux attachement.

Que Monsieur le Professeur Curtillet, doyen de la Faculté de Médecine, soit assuré de ma plus affectueuse gratitude. Je ne saurai oublier la bonté cordiale qu'il manifesta à mon égard et à celui de ma famille en maintes circonstances.

Que Monsieur le Professeur Soulié qui fut toujours si paternel et si affectueux pour moi, reçoive l'expression de mon plus grand attachement.

Que Messieurs les Professeurs Ardin-Delteil, Vincent, Cange, Gillot soient assurés de ma profonde reconnaissance pour l'enseignement qu'ils m'ont donné.

Que Messieurs les Docteurs Aubry et Maurice Raynaud auxquels va toute ma gratitude pour l'intérêt qu'ils m'ont témoigné en de nombreuses occasions ; que Messieurs les Docteurs Lucien Raynaud, Leblanc, Ferrari, Lemaire, Cochez, Lombard, Benhamou, Chardin, Germain Athias, Coudray, Cabanes, Dupuy D'Uby, Poujet, Gruny, Houel, dont la complaisance toute particulière m'a été d'une aide si précieuse,

Que M. Thevenin, Secrétaire à la Faculté de Médecine qui nous a si souvent utilement conseillé,

Veuillent bien accepter mes vifs remerciements et soient assurés de ma sympathie et sincère amitié.

INTRODUCTION

A une époque où la lutte contre la tuberculose est entrée dans une phase d'action énergique, il nous a paru intéressant de consacrer notre thèse inaugurale, à l'étude des efforts entrepris pour enrayer ce terrible fléau.

Après avoir exposé les lois qui furent instituées au cours de ces dernières années, nous avons essayé d'en dégager quelques considérations générales, dont on me pardonnera la témérité.

1re PARTIE

Avant la Guerre

LE TUBERCULEUX DANS LA SOCIÉTÉ

Tuberculose ! Quel grand et douloureux frisson secoue tout notre être quand on lit ce mot et qu'on se rappelle le lamentable spectacle que nous offrait au cours de nos visites à l'hôpital, l'agonie de ces misérables, quand on songe aux misères, aux conséquences désastreuses que cette affection souvent muette sème partout, dans le monde entier, où la civilisation va portant ses fruits, souvent conséquence d'une dure loi : la lutte pour la vie. Je dis « muette » parce qu'elle se développe chez beaucoup, sans grand tapage, ne se déclarant incurable que trop tard, alors que le malheureux bacillaire, inconscient du caractère de gravité de son affection, aura jeté de ci, de là le germe qui contaminera bien d'autres existences.

Et ce terrible mal sera aussi l'œuvre d'une civilisation avancée parce que le tuberculeux dont l'affection sera connue de tous, considéré comme un paria au milieu de la société où il vit (et ceci dans la crainte d'une contamination trop évidente) s'expatriera, allant porter ailleurs ses bacilles. Et souvent même encore, avide d'isolement, il ira chercher dans la conquête de pays nouveaux un dérivatif à son malaise et sèmera au milieu d'une population indemne de toute tare bacillaire un germe d'autant plus virulent que les indigènes ne seront pas immunisés. Mais si la tuberculose met le malheureux, qui en est atteint, en danger de mort par son caractère éminemment contagieux, ce péril disparaît en im-

portance devant le péril social parce qu'il n'y a pas que des tuberculeux mais encore et surtout *des foyers* de tuberculose.

LA CONTAGION DE LA TUBERCULOSE.

EN GÉNÉRAL.

Et cette contagiosité est aujourd'hui trop évidente pour s'y attarder longuement, et cette grossière erreur qu'on entend chaque jour dans la bouche du peuple : « La tuberculose est héréditaire » n'est pas sans nous faire sourire.

A l'heure actuelle il n'est pas prouvé qu'il existe une hérédo-prédisposition particulière à la tuberculose : il n'est pas démontré non plus qu'il existe une transmission héréditaire du bacille de Koch des géniteurs aux descendants. C'est dans le milieu infecté où ils vivent et se développent que se contaminent les enfants de tuberculeux. Et cette contagion est surtout d'origine humaine.

Dès le 29 juillet 1914 le professeur Letulle attirait l'attention à ce sujet, faisant ressortir le danger des cohabitations avec un malade en l'absence de précautions suffisantes contre la dissémination du virus, le danger de la transmission étant beaucoup plus grand qu'on ne le suppose.

A ce sujet des expériences intéressantes et probantes qui méritent d'être citées, ont été faites par Le Noir et Camus sur la recherche de la contagion de la tuberculose par l'air : après avoir suspendu au plafond d'une salle de tuberculeux à l'hôpital, une cage de cobayes pendant que d'autres cages étaient abandonnées dans la salle au contact avec les malades, ils ont constaté que les animaux suspendus et hors de contact avec les malades ont été tuberculisés dans une proportion au moins aussi forte que les animaux manipulés par les malades. Le danger des poussières est ainsi prouvé une fois de plus. Mais celui des particules humides reste le plus dangereux.

LA CONTAGION CHEZ L'ENFANT.

Une publication de MM. L. Bernard et Debré sur le mode d'infection chez les enfants du premier âge montre

combien cette contamination est rapide de la mère à l'enfant.

Leurs observations furent prises à la crèche de l'hôpital Laennec où ne sont reçues que les femmes enceintes tuberculeuses de la fin de leur période obstétricale à la fin de la deuxième année de l'enfant, dans le but humanitaire et prophylactique d'éviter la contagion des autres mères dans une clinique obstétricale. Mais ici L. Bernard et Debré ont constaté que l'enfant de la femme tuberculeuse s'infecte après sa naissance, prenant son mal dans le contact avec sa mère :

En effet :

Sur 58 enfants de femmes tuberculeuses
40 ont été reconnus tuberculeux
18 indemnes

pour ces 18 enfants indemnes le contact n'a été que de 8 jours à 3 mois avec la mère, un seul de 6 mois ; pour les 40 autres dès le sixième mois de contact la tuberculose s'était installée et l'enfant présentait une réaction de Pirquet positive. Et la gravité de l'infection sera d'autant plus grande que sera répété ou prolongé le contact de la mère à l'enfant.

Au congrès de Tours en 1911, le docteur Armand Delille, secrétaire général de l'œuvre Grancher, a rapporté une statistique portant sur les enfants de 175 familles où un ou les deux parents étaient tuberculeux : la proportion des enfants atteints laissés au contact de ces parents était de 60 pour 100 avec une mortalité de 40 pour 100 dès les premières années. Qu'on sépare l'enfant du milieu contaminé et l'on verra comme par exemple dans une statistique du même auteur pour 1913, que sur 1.000 enfants nous n'avons qu'une mortalité de 0, 6 0/0 (2 cas de méningites et 4 cas de tuberculose divers).

Le docteur Granjux signalait récemment les ravages de la tuberculose :

« L'hérédo tuberculose ou mieux la tuberculose congé-

nitale est exceptionnelle, la tuberculose acquise est la règle et il nous donne la statistique suivante :

2.25 o/o de la naissance à 3 mois
9.50 o/o de 4 mois à 6 mois
19.90 o/o de 7 mois à 12 mois.

Tous ceux qui s'occupent de l'enfance, éveillent l'attention de chacun sur le mode de propagation, s'attirant le courroux des parents qui se voient enlever leur progéniture, celui des grands parents qui, vieux tousseurs, ne se doutent pas du mal qu'ils inoculent à leurs petits enfants qu'ils font sauter sur leurs genoux (proie d'autant plus facile s'ils sont touchés avant la fin de la première année).

LA CONTAGION DANS LA SOCIÉTÉ

Ce qui se passe dans la famille se passe dans la société, inconscient de ses méfaits le tuberculeux va contaminer :

1° Enfant à l'école ses camarades, souvent aidé dans cette contamination par une atmosphère raréfiée, oppressante, due à l'entêtement d'un maître grognon et rebelle à toute idée d'hygiène, maître lui-même tuberculeux, comme on l'a constaté malheureusement trop souvent dans le corps enseignant, qui pour éviter un rhume ou une bronchite tiendra closes, porte et fenêtre. C'est pour défendre l'écolier contre ce danger que partout on préconise l'école en plein air (*cf* les rapports et vœux du Dr Méry, Dr Violette) et que dans certains pays les instituteurs malades sont éloignés de l'enseignement ;

2° Ouvrier à l'usine ses compagnons de travail pour les mêmes raisons que ci-dessus, mais chez lesquels malheureusement certaines professions ne permettent pas d'apporter de modifications hygiéniques aptes à les abriter de ce fléau ;

3° Soldat à la chambrée ses voisins, cependant dans ce dernier cas les exemples sont rares. En temps de paix la vie militaire à côté de ses fatigues est pourtant une vraie cure physique qui développera au contraire l'organisme affaibli de l'adolescent qui à 20 ans quitte ses livres pour accomplir son service militaire. Et la contagion sera d'autant moins à

craindre que si les conseils de révision ne peuvent pas arrêter les quelques cas d'hommes tuberculeux qui se glissent au cours d'un examen rapide, le Conseil de révision à l'arrivée au corps est là pour dépister ce malade et le rendre à sa famille, évitant ainsi les frais d'une pension pour l'Etat et le Conseil de réforme saura ne pas tergiverser pour verser dans le service auxiliaire, et voire même réformer les suspects qui lui seront présentés au cours du service.

Que ce tuberculeux soit assez malade pour que son hospitalisation soit jugée nécessaire, nous verrons à ce moment se dresser la question très angoissante de la contamination de lit à lit sur des sujets à organisme affaibli. Nous devons rappeler ici ces observations de contamination bacillaire rapide des nourrissons que nous empruntons à la thèse inaugurale du Dr Marquand :

OBSERVATIONS I

Lucienne A., entre à la salle Bouillaud à l'âge de 22 jours, en janvier 1917, parce que sa mère est atteinte de mastoïdite et nécessite une intervention.

L'enfant est allaitée au sein ; elle est belle, pèse 3 k. 100. Après l'opération, la cicatrisation se faisant mal, le séjour à l'hôpital se prolonge pour la mère et l'enfant.

Jusqu'à 3 mois l'enfant évolue normalement ; à ce moment apparaissent des accès fébriles et une toux coquelucheïde. On s'inquiète, on avise la mère d'une contamination possible et on la décide à retourner à Miliana où elle habite.

Mais là, le médecin ne pouvant se charger des pansements, elle se voit dans l'obligation de revenir à l'hôpital avec son enfant.

Les symptômes déjà signalés chez le bébé s'accentuent ; on fait une intradermo réaction à la tuberculine qui est positive. Malgré cela l'enfant conserve bonne mine. Elle quitte le service à l'âge de 7 mois, pesant 7 k. 550. Mais nous avons appris par la suite qu'elle était morte à 16 mois, de méningite tuberculeuse.

Par ailleurs, rien à signaler dans les antécédents héré-

ditaires et collatéraux ; le père est mobilisé dans le service armé, aucune lésion n'a pu être décélée chez la mère, enfin un autre enfant de trois ans est bien portant.

Voilà un cas de contagion tuberculeuse intra-hospitalière, nous en verrons bien d'autres. Mais signalons en passant le danger qu'offrent ces enfants dont la bonne mine persiste assez longtemps, malgré l'existence réelle de lésions bacillaires ; ils ne sauraient inspirer le moindre soupçon à leur entourage et risquent de contaminer le milieu familial. Souvent la radioscopie ou la réaction à la tuberculine sont seules capables de déceler leurs lésions ou leur mal, et disons à ce propos que si la réaction à la tuberculine est d'une valeur discutable chez l'adulte elle est par contre infaillible chez le nourrisson. C'est pourquoi elle est devenue maintenant obligatoire dans notre service de crèche.

OBSERVATION II

Toute semblable à la première est l'observation de René C., entré salle Bouillaud en octobre 1918, à l'âge de deux mois, en même temps que sa mère qui le nourrit au sein et laquelle est atteinte de grippe grave.

L'enfant présente aussi à l'entrée une légère infection grippale qui disparaît en trois ou quatre jours.

Il a belle apparence, pèse 4 k. 440. Le séjour de la mère à l'hôpital se prolonge en raison de poussées phlébitiques, encore ne sortira-t-elle pas complètement guérie. Le lit, contigü au sien, est occupé par une nourrice et son nourisson, atteints tous deux de tuberculose pulmonaire. Le petit René s'accroît normalement jusqu'à 4 mois. A ce moment apparaît une toux quinteuse et la température s'élève souvent au-dessus de la normale. L'intro-dermo réaction à la tuberculine se montre positive.

L'auscultation la plus attentive ne décèle chez la mère aucune lésion tuburculeuse, le père est mobilisé dans le service armé et trois autres enfants que nous avons eu l'occasion d'examiner parce qu'ils avaient été hospitalisés pour grippe

en même temps que la mère, ne présentent aucun signe de tuberculose.

Nous avons suivi grâce à la radioscopie, la progression des lésions pulmonaires chez le petit René. Elles sont actuellement bilatérales.

Revu tout dernièrement, l'enfant présentait un état de maigreur squelettique, un poids dérisoire, des contractures, une toux et des vomissements incessants, source de contagion pour le père, la mère et les trois autres enfants. Le séjour hospitalier a peut-être sauvé la mère, mais en échange il a gravement contaminé son enfant, il l'a tué, j'ose dire, car ce petit moribond que nous avons revu l'autre jour est probablement mort depuis.

OBSERVATION III

François C., 10 jours. Poids 2 k. 920. Entré salle Bouillaud, le 20 juillet 1917 avec sa mère qui l'allaite et qui est atteinte de pneumonie. La mère est bacillaire. Enfant de belle apparence, bien conforme présentant un léger ictère.

Dans le service, l'allaitement maternel ne peut être continué, la mère fait du délire si intense, son état est si grave qu'on est obligé de la séparer de son enfant et de donner à cet enfant des biberons de lait de vache coupé au tiers. L'enfant prend difficilement les biberons, se met à vomir, le poids tombe à 2 k. 800, le 26 juillet. La température se maintient à 38°.

Le 27 juillet, la diarrhée s'installe, les vomissements deviennent plus fréquents, l'enfant prend mauvaise mine, la rate est palpable. Ce jour on fait une intra-dermo réaction à la tuberculine qui est positive après 24 heures. A ce moment la radioscopie ne révèle aucune ombre pulmonaire.

Le 29 juillet, les phénomènes digestifs s'accentuent, l'état général est mauvais, l'enfant est un peu dyspnéïque, l'auscultation ne donne aucun renseignement.

Le 31 on constate de la cyanose, une dyspnée persistante. L'enfant présente des contractures et de l'œdème dur et gras des membres inférieurs et de la paroi abdominale.

Le foie et la rate sont gros. La base du poumon gauche est submate et on y entend quelques râles muqueux. L'enfant meurt le soir.

Autopsie. — Thymus normal, pas de ganglions trachéo-bronchiques. Bloc de pneumonie caseuse gauche ; vers la région hilaire du même côté cavernule de la grosseur d'une noisette, pleine de pus. Pas d'ulcérations intestinales. Nombreux ganglions mésentériques petits, sans lésions macroscopiques.

Foie et rate grossis, sans granulations. Rien au péritoine, rien aux autres organes.

Le pus de la caverne contient des bacilles de Koch.

L'enfant a été séparé de sa mère comme on a pu s'en rendre compte, le dixième jour après sa naissance, la tuberculisation s'est donc produite dans ce très court espace de temps, c'est un cas de contagion extrêmement rapide.

OBSERVATION IV

X..., 14 mois, nourri au sein. Très vigoureux, n'a jamais été malade.

Père et mère bien portants.

Une sœur du père atteinte de tuberculose pulmonaire, sort de l'hôpital pour venir mourir dans sa famille ; elle y reste une huitaine de jours. La mère allaite son enfant et soigne la malade en même temps : elle dit avoir pris des précautions au sortir de la chambre de sa malade avant de reprendre son enfant. Mais il semble que ces soins aient été tout à fait illusoires.

Un mois après la mort de cette parente, l'enfant fait des phénomènes gastro-intestinaux. A ce moment il était encore au sein et avait une alimentation des mieux surveillées. Il est vu huit jours après le début de sa maladie, le 22 mars 1917 ; on constate des selles vertes, fréquentes, glaireuses, et quelques vomissements. L'abdomen paraît douloureux, la température oscille entre 38° et 39° 5. On applique alors le traitement de la gastro-entérite ; suppression du lait, eau de

riz, bouillon de légumes, lavages intestinaux, applications chaudes sur l'abdomen, bains tièdes, acide lactique.

Malgré ce traitement rationnel, la diarrhée devient sanguinolente et persiste ainsi pendant environ huit jours.

A ce moment les selles deviennent moins fréquentes, on essaie de donner alors à l'enfant une bouillie de farine de riz, le lendemain le sang réapparaît dans les selles. Les selles restent sanguinolentes pendant encore une dizaine de jours.

Pendant toute cette période l'amaigrissement a été rapide. Les injections de sérum artificiel ont amené un peu d'œdème des paupières et des membres inférieurs, surtout du pied gauche, œdème que l'enfant garde pendant longtemps malgré la suppression des injections de sérum et l'abstention de sel dans le bouillon de légumes, outre l'amaigrissement s'installe une petite toux sèche, quinteuse ; l'auscultation, à ce moment ne révèle que quelques rales sibilants. On note aussi des ganglions sous-maxillaires nombreux et l'apparition d'un réseau veineux thoracique. Vers le 15 avril les selles deviennent moins fréquentes, ne contiennent plus de sang, mais restent glaireuses. On essaie d'alimenter mieux l'enfant, mais il refuse toute nourriture. On constate à ce moment de gros ganglions. L'enfant continuant à dépérir, refusant toujours de s'alimenter, la mère n'ayant plus de lait, on prend une nourrice.

Vers les premiers jours de mai, les selles commencent à devenir normales, jaunes et bien liées.

Le 15 mai, on revoit l'enfant avant son départ pour la campagne ; on constate à ce moment une accentuation de l'amaigrissement et un peu de strabisme. A la campagne l'état général se maintient à peu près dans les mêmes conditions : l'enfant prend toujours le sein et accepte de temps en temps quelques cuillerées de bouillie ou de panade : la fièvre persiste tous les soirs.

On revoit l'enfant en octobre, de retour de la campagne. L'amaigrissement est extrême, il y a même fonte musculaire ; les ganglions axillaires et inguinaux sont énormes. Les selles sont normales et le strabisme s'est accentué. Depuis

quelques temps une hémiplégie gauche s'est installée avec phénomènes de contracture du côté du membre supérieur gauche. On constate aussi de la déviation de la commissure labiale faisant admettre l'existence d'une paralysie faciale gauche. Déjà, d'ailleurs, en même temps que les phénomènes de parésie s'établissaient du côté gauche, les parents s'étaient aperçus de la déviation de la commissure labiale vers la droite lorsque l'enfant pleurait.

Le 15 décembre 1917 l'enfant meurt par cachexie progressive, sans avoir présenté de phénomènes nouveaux Huit jours ont suffi ici pour infecter cet enfant d'une manière irrémédiable.

Au sujet de cette contagion l'attention des pouvoirs publics a été mise en éveil depuis longtemps déjà.

Le 15 janvier 1904 le Ministre de l'Intérieur adressait aux préfets une circulaire demandant que l'on fasse l'isolement des tuberculeux dans des hôpitaux spéciaux. C'était là un problème difficile à résoudre et qui ne trouvera sa solution comme nous le verrons plus loin que dans la réalisation de nouvelles législations anti tuberculeuses.

Nous venons de voir combien grande et funeste est cette contagion d'homme à homme.

LA CONTAGION PAR LE BACILLE BOVIN

Nous ne parlerons pas de la possibilité de la contamination par le bacille bovin qui entraîne la nécessité de faire subir aux vaches l'épreuve à la tuberculine et de ne pas employer le lait cru. L'application de mesures sévères peuvent enrayer facilement ce côté possible de l'infection bacillaire. Mais nous insisterons encore quelques instants sur les suites de cette contagion, sur la mentalité qui en découle comme conséquence d'une loi naturelle.

LA MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE CHEZ LES ENFANTS

Cet angoissant problème qui ne visait autrefois que l'adulte a pris une extension plus considérable depuis une

vingtaine d'années. Jusqu'aux travaux de Landouzy et Queyrat la tuberculose du nourrisson semblait extrêmement rare. Aujourd'hui elle se rencontre, nous l'avons vu plus haut, avec une fréquence inouïe et les statistiques de ces dernières années prouvent combien elle est meurtrière : statistiques dont les chiffres sont encore inférieurs à la réalité si l'on songe que la tuberculose est une cause fréquente d'avortement, de naissances prématurées, de débilité congénitale.

Barbier dans une statistique portant sur une dizaine d'années montre que le chiffre des décès de 0 à 3 ans par tuberculose est la moitié du chiffre total de 0 à 15 ans.

Des statistiques de décès annuels par tuberculose suivant les âges que nous trouverons plus loin, nous montrent que cette situation n'est pas spéciale à la France.

L'Algérie aussi paye un lourd tribut à cette affection ; à ce sujet nous faisons de larges emprunts aux rapports faits par notre regretté maître le professeur Crespin, au Gouvernement général sur la consultation de médecine infantile qui est son œuvre.

Dès 1914 le taux des morts par tuberculose est particulièrement élevé chez les enfants de moins d'un an :

Sur 28 décès, 7 sont dus à la tuberculose et chaque année nous verrons augmenter ce taux de cette épouvantable mortalité qui décime les enfants algériens dès leur plus jeune âge. Le tableau statistique n° 1 nous en donne une idée :

Un tableau comparatif de mortalité infantile par tuberculose en Europe de 1912 à 1914, nous montre également le danger vers lequel on court chaque année :

Angleterre	2.9	
France	2.3	de 1912 à 1913 seulement.
Allemagne	1.8	
Espagne	1.3	
Suisse	2.5	
Suède	1.9	
Japon	2.0	
Australie	0.5	

LA RÉACTION DU PIRQUET

Nous venons de voir combien était fréquente la tuberculose chez le nourrisson, mais elle se présente au clinicien sous des formes variées, banales, sans aucune manifestation spécifique pouvant imposer le diagnostic d'une façon absolue. Nous ne rappellerons pas comment les pédiatres ont schématisé les différentes formes, quels sont les signes pulmonaires décrits ni comment se pose le diagnostic difficile de tuberculose chez le nourrisson. Ce qui actuellement a pris une place importante et considérable dans ce diagnostic, c'est la réaction à la tuberculine (cuti ou intra-dermo réaction). De nombreux travaux ont établi la valeur absolue de cette réaction au-dessous de 2 ans. Si elle a une valeur discutable chez l'adulte elle est infaillible chez le nourrisson et c'est pourquoi le professeur Crespin l'avait rendue obligatoire dans son service. Une statistique prise à la consultation infantile de ce service chez les enfants au-dessous de 2 ans nous donne des cuti-positifs dans 69 cas 1/2 %, négatifs dans 30 1/2 %.

L. Bernard et Delbret aussi dans un travail dont j'ai déjà parlé plus haut, insistent sur ce procédé qui seul permettra de poser le diagnostic de tuberculose mais le fait qu'elle se rencontre rarement au cours du premier trimestre exige qu'elle soit répétée souvent avant de poser un diagnostic négatif.

LA MORTALITÉ CHEZ L'ADULTE

Mais si le nourrisson, puis l'enfant paye un lourd tribut à cette grande faucheuse nous ne sommes pas sans nous inquiéter aussi du vide qu'elle cause parmi les adultes.

Quelque soit le coin de la carte du monde que l'on explore où la civilisation a étendu ses tentacules nous voyons que les statistiques de chaque nation pour la tuberculose sont d'un pourcentage élevé.

Nous verrons dans certaines nations une diminution notable dans l'espace de quelques années ; dans d'autres des fluctuations sans grand changement, l'évolution du taux

étant due aux lois qu'ont su s'imposer les nations. La France est une de celles après la Russie, la Hongrie, la Serbie, l'Autriche dont la mortalité n'est pas sans inquiéter les pouvoirs publics.

En Algérie nous verrons dans un chapitre à part combien elle a à souffrir aussi de ce fléau et combien il serait nécessaire de voir la lutte anti-tuberculeuse prendre un caractère plus soutenu.

En somme comme résumé de cette mortalité, de cette contagion que trouvons-nous comme cause ? Une seule : le bacille de Koch ; qu'on arrive à le supprimer, qu'on arrive à trouver un sérum, un vaccin, pour neutraliser son action, pour tuer dans l'organisme cette « algue », qui s'y développe suivant une morphologie inconnue, comme il en a été fait pour bien d'autres maladies contagieuses, alors disparaîtra la question du terrain et d'organisme.

Si donc le laboratoire n'a pas pu jusqu'à ce jour nous donner la solution de ce problème ; devant cette grande faucheuse qui semait une désolation chaque année plus grande par une mortalité toujours croissante, on a dans chaque nation voulu réagir.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

On est entré en lutte contre cette terrible affection et pour l'enrayer que de flots d'encre ont été versés, que de recherches laborieuses ont été faites, que de remèdes préconisés ; mais pendant longtemps ce ne fut que le malade qui fut visé jusqu'au jour où l'on s'est rendu compte que le péril individuel disparaissait devant le péril social. Désormais l'action de cette lutte âpre et ardente devait se dresser non seulement contre l'individu, mais aussi et surtout contre le mal, à son foyer, pour l'y étouffer.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE A L'ÉTRANGER

Au Danemark, un article de Jenson sur la tuberculose, nous apprend que la lutte engagée depuis 1895 et systématiquement organisée en particulier par un acte du Parlement

qui en 1900 rend obligatoire la déclaration des décès par tuberculose et la désinfection des logements occupés par les personnes tuberculeuses, et par un acte complémentaire qui en 1906 exige du médecin praticien la déclaration obligatoire de tout cas pulmonaire ou laryngé qu'ils sont appelés à soigner, a fait tomber le taux de la mortalité :

de 26.11 à 17.55 pour 10.000 habitants pour toutes les formes de tuberculose.

et de :

19.32 à 13.33 pour 10.000 habitants pour les tuberculoses pulmonaires.

Il est certain que les sacrifices financiers imposés à l'Etat par la législation de 1905 sont gros :

1° Construction d'établissements pour tuberculeux ;

2° Nécessité d'assurer le service de ces établissements ;

3° Obligation d'accorder des pensions aux fonctionnaires et employés ayant contracté la tuberculose.

Mais devant les résultats obtenus, les pouvoirs publics n'hésitent pas à supporter cette charge et le public accepte l'hospitalisation des tuberculeux reconnus dangereux, l'interdiction de l'école à l'enfant tuberculeux dangereux, la mise en disponibilité de l'instituteur, fonctionnaire à tuberculose ouverte, l'hospitalisation du soldat tuberculeux.

En Australie, la lutte a été menée très activement. Toutes les statistiques de mortalité infantile et adulte accusent un faible taux.

Consécutivement aux mesures édictées ci-dessous :

1° Introduction de la déclaration obligatoire.

2° Aménagement de sanatoria pour les cas au début.

3° Aménagement d'établissements pour soigner les tuberculeux avancés.

4° Examen gratuit des crachats.

On a pu constater les bons effets à Victoria par la diminution dans le chiffre de la mortalité tant pulmonaire que osseuse ou autre ainsi que dans l'Australie toute entière.

C'est ainsi qu'à Victoria nous voyons le taux de la mortalité pour 10.000 habitants qui était en 1890 de 14.58 pour la phtisie et 3.90 pour les autres formes de tuberculose,

tomber progressivement chaque année pour n'être plus en 1907 que de 9.58 pour la phtisie et de 2.09 pour les autres formes.

En Autriche, une nouvelle loi prescrit la déclaration « de tous les cas ouverts ou graves de tuberculose pulmonaire ou laryngée lorsqu'ils se trouvent dans des hôpitaux, asiles, hôtels ou prison, etc. ». Les cas qui ont lieu dans des maisons particulières ne doivent être déclarés que si la propagation de la maladie dans l'entourage est à craindre.

En Norvège, depuis 1901, la loi oblige tous les médecins à déclarer au Président du Comité d'Hygiène les décès par tuberculose et ce même comité a le droit d'imposer l'hospitalisation à tout malade pauvre en danger de contamination.

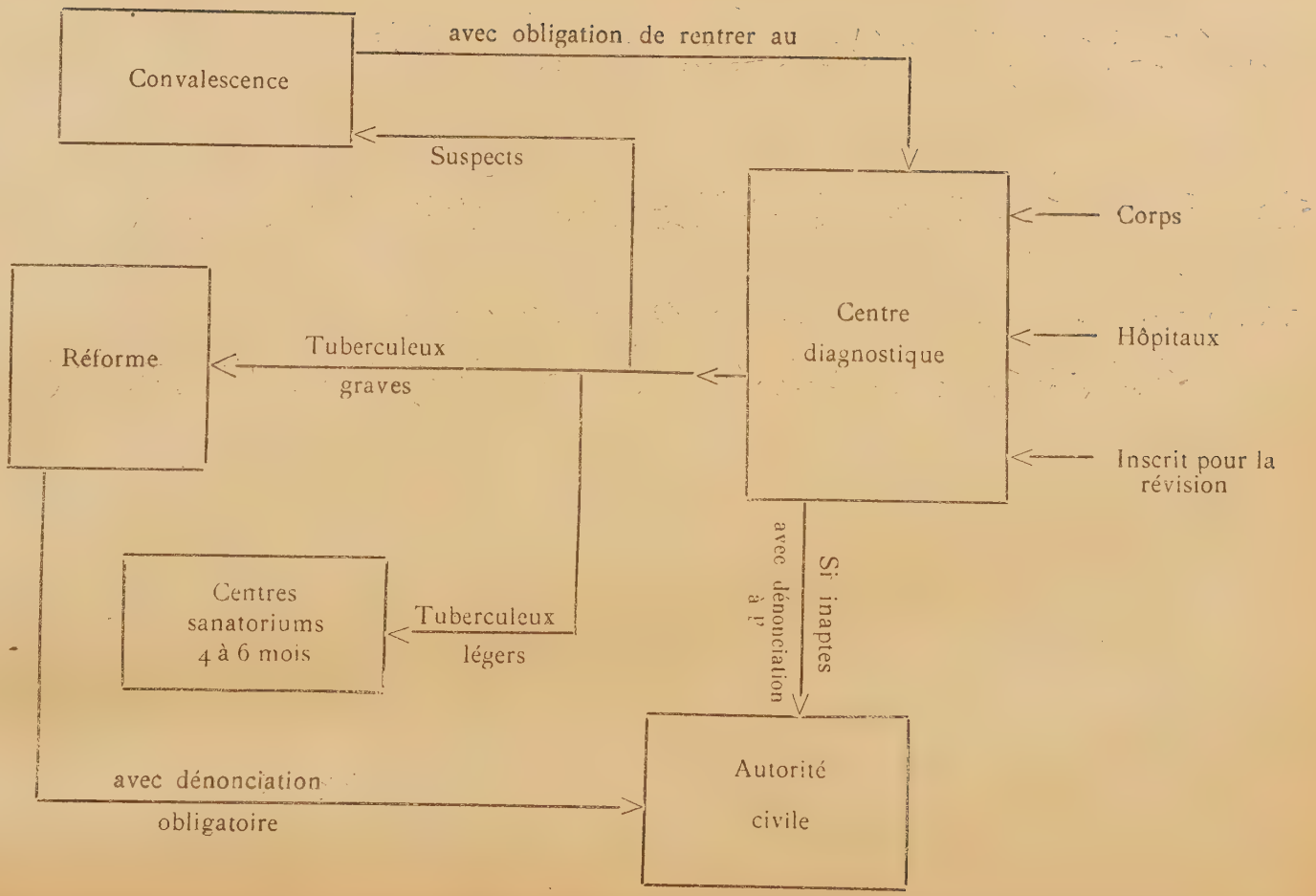
En Angleterre, dès 1887, le docteur Philip fond à Edimbourg un dispensaire de prophylaxie qui fut le modèle adopté dans tout le Royaume Uni et qui fut le point de départ de la superbe organisation anglaise de la lutte entreprise contre la tuberculose.

Le principe de la déclaraton obligatoire s'est imposé graduellement ; dès 1908, ce principe était appliqué aux malades pauvres qu'on hospitalisait dans des établissements de bienfaisance, et aux indigents soignés par des médecins sanitaires.

En mars 1911, l'obligation de la déclaration fut étendue à tous les malades des hôpitaux et dispensaires.

Et le 1er janvier 1912, la déclaration obligatoire était décrétée pour tout praticien. Le médecin doit faire par écrit sa déclaration au médecin-sanitaire de sa circonscription. Il est prescrit qu'aucune mesure exercitive, ni vexatoire ne doit être d'ailleurs employée à l'égard des patients non plus qu'envers leur entourage. De plus un secours est prévu par la loi anglaise pour les tuberculeux indigents. Une allocation de 3 fr. 10 était accordée au médecin par déclaration faite.

En Italie, nous assistons à une organisation dont nous avons cru devoir reporter le schéma et qui rappelle assez celle que nous retrouvons en France dès la fin 1917.


Convalescence
avec obligation de rentrer au
Suspects
Corps
Centre
diagnostique
Hôpitaux
Inscrit pour la
révision
Réforme
Tuberculeux
graves
Centres
sanatoriums
4 à 6 mois
Tuberculeux
légers
avec dénonciation
à l'
Si inaptes
avec dénonciation
obligatoire
Autorité
civile

En Allemagne, la lutte contre le fléau a été réglée par la circulaire ministérielle du 7 juillet 1907 :

Signalement des cas ;

Applications des mesures ;

Instruction des instituteurs, des écoliers, du peuple.

En Amérique en 1897, le Conseil de Santé de New York sur un rapport du docteur Biggs, dénonçait la tuberculose comme dangereuse et contagieuse et exigeait sa déclaration par le médecin au bureau sanitaire.

Le résultat de cette mesure fut à New York une réduction de 30 °/₀ dans la mortalité tuberculeuse.

La déclaration doit se faire « immédiatement » ou dans un certain délai variant entre 12 heures et 10 jours suivant les états. Déclaration faite par médecins, chef de famille, parent le plus proche, infirmière ou garde-malade, propriétaire d'habitation, d'hôtel, pension, ferme, laiterie, directeur d'hôpital, d'asile, de prison, instituteurs, représentants des diverses religions.

En cas de violation répétée de la loi par un médecin, le service d'hygiène inflige des amendes prévues.

Tout cas de guérison doit être déclaré pour décharger le malade de toutes les obligations imposées par la loi.

Les archives du service de l'hygiène sont secrètes. Quant aux règlements concernant la négligence des malades, nous les citons à titre de curiosité, car nous doutons que ces lois d'hygiène puissent servir de modèles devant être copiés partout — surtout en France :

Toute personne qui crache à terre est coupable d'un délit.

Toute personne à tuberculose ouverte doit porter avec elle un crachoir, sinon serait coupable d'un délit.

Prohibition de participer à une réunion publique ou de fréquenter librement tout le monde.

Puis suivent des restrictions portant sur le travail ou la profession.

Quelques états vont jusqu'à la détention forcée des tuberculeux lorsque cela est nécessaire.

Les tuberculeux qui refusent d'obéir à certains règlements peuvent être envoyés de force dans un hôpital ou sanatorium.

Des peines plus sévères allant jusqu'à la détention dans des établissements de correction peuvent être appliquées aux malades qui violent les règlements d'un hôpital ou s'y conduisent d'une façon turbulente.

Non moins rigoureuses sont les règles concernant la désinfection des locaux occupés par un tuberculeux. Au départ de ce dernier un avis est placé sur la porte : « La tuberculose est une maladie contagieuse. Cet appartement a été occupé par un tuberculeux et pourrait être une source d'infection. Il ne doit pas être occupé avant l'exécution de l'ordre de désinfection donné par le médecin d'hygiène Cet avis ne peut être enlevé sous peine d'amende, que par ce dernier ou un fonctionnaire dûment autorisé »

Sont appliquées aussi à l'égard des instituteurs et des élèves, des lois sévères éloignant ceux atteints de cette affection.

En Grèce dès 1836, le gouvernement avait déclaré la tuberculose comme maladie contagieuse et imposait des mesures prophylactiques aux parents tuberculeux et aux médecins sous peine d'emprisonnement.

En 1901 la lutte anti tuberculeuse s'organise davantage et ne devait pas tarder à faire rendre obligatoire la désinfection.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE EN FRANCE

Malheureusement en France, les exigences de la santé publique disparaissent devant celles de la liberté individuelle. Comme l'écrivait M. le Dr Raynaud, inspecteur général du service d'hygiène de l'Algérie « Dans le pays où est née la liberté, on est esclave de celle ci au point que le Gouvernement n'ose paraître y porter la moindre atteinte en la restreignant, même quand elle permet de nuire à la collectivité. »

Et jusqu'à ce que des règlements draconiens viennent

imposer aux tuberculeux une ligne de conduite à suivre, aux propriétaires de taudis la disparition de leurs immeubles malsains, aux marchands d'alcool : la suppression de leur taverne, viennent décréter comme le disait le professeur Lignières de Buenos-Ayres que « cracher à terre dans les lieux publics fermés ou sur les trottoirs est un délit et qu'une dénonciation de ces délits à un agent quelconque de l'autorité fasse édicter une peine contre le délinquant », jusqu'à ce jour nous ne pourrons, jamais enrayer chez nous ce terrible fléau, cause de notre mortalité surélevée et dont le taux peut être estimé de 100.000 à 150.000 décès, chiffre dont l'exactitude ne peut être absolue en raison de l'absence d'une nomenclature officielle, de certificats de décès précis, de la non déclaration obligatoire.

Cette dernière question fut une de celles qui se posa en France dès 1889 et qui fit naître au sein de l'Académie de Médecine des discussions très chaudes.

La question de la déclaration obligatoire en France. Sa discussion à l'Académie de Médecine.

C'est le 30 juillet 1889 que Villemin dépose un projet d' « Instructions simples et pratiques concernant la prophylaxie de la tuberculose ». A la suite de vives et voire même de violentes discussions sont votées le 28 janvier 1890 3 mesures prophylactiques :

Recueillir les crachats ;
Eviter les poussières ;
Faire bouillir le lait.

pour les familles : conseils d'appliquer ces mesures ; aux médecins : qu'ils fassent tout leur possible pour la tenir fermée par un diagnostic précoce et traitement approprié.

En 1890 Germain Sée, puis Ulysse Trélat soulèvent de nouveau la question.

« L'Académie appelle l'attention des autorités compétentes sur les dangers que les tuberculeux font courir aux diverses collectivités dont elles ont la direction, telles que

Lycées, casernes, grandes administrations et ateliers de l'Etat ».

En 1893 (le 10 octobre), Daremberg, à la suite d'un rapport de Vallin sur les maladies épidémiques à déclaration obligatoire, prend la parole pour rappeler que la tuberculose pulmonaire est au premier rang des maladies infectieuses reconnues contagieuses par les médecins.

En 1894 (27 février), une note collective de 4 directeurs des bureaux d'hygiène du Havre, Grenoble, St-Etienne, Lyon, présentée par Cornil, rappelle l'effroyable mortalité causée par la tuberculose pulmonaire qui compte 60 °/₀ des décès contagieux.

En 1896 (28 janvier), Jaccoud fait naître de nouveau la discussion par son article sur « L'origine hospitalière de la phtisie pulmonaire ».

En 1898, c'est Grancher qui en parle dans son rapport sur la prophylaxie de la tuberculose.

« Il convient de commencer par supprimer autant que possible la contagion ».

Laverau reconnaît qu'il faut éloigner le tuberculeux de sa famille, mais prétend qu'on ne peut pas, qu'on ne doit pas le proscrire, mais on peut le conseiller et Ferraud affirme que la déclaration ne saurait être prescrite et que c'est le chef de la famille qui devrait être astreint à la déclaration obligatoire.

C'est à la suite de ce rapport de Grancher que l'Académie créa sa « Commission permanente de prophylaxie de la tuberculose » qui devait avoir pour but d'encourager et de coordonner tous les efforts contre l'envahissement du bacille tuberculeux.

1900. A la suite d'une discussion à propos d'un travail de Vallin sur la désinfection dans la rougeole, Grancher revient sur la déclaration de la tuberculose ouverte et en réclame la déclaration obligatoire. Il demande qu'on veuille bien soumettre à la Commission permanente de la tuberculose la proposition suivante :

« L'Académie émet le vœu que la tuberculose ouverte

soit inscrite parmi les maladies à déclaration obligatoire ». Cette proposition subit encore un nouvel échec malgré le concours de Landouzy, Vallin, Daremberg.

20 janvier 1903. Après une discussion méthodique dirigée par Laveran, Brouardel, etc , on arrive à faire ranger la tuberculose pulmonaire parmi les maladies transmissibles à déclaration facultative

Le 13 février 1903, quand paraît le décret sur la désignation des maladies visées par l'article 4 de la loi du 15 février 1902, le rapporteur Thoinot exprime son profond regret de ne pas voir la tuberculose rendue obligatoire.

Le 25 janvier 1906, Albert Robin montre dans son travail sur « La mortalité par tuberculose en France et en Allemagne » le danger vers lequel on court.

Brouardel insiste pour que l'Académie veuille bien prendre en mains la direction de la campagne anti-tuberculeuse.

Et Chauffard réclame la désinfection obligatoire après chaque décès par tuberculose pulmonaire.

Mais ce qui divise les médecins et qui font que des médecins en renom tels que Lanceraux, Huchard, se posent contre la déclaration obligatoire c'est que la lutte est menée non pas contre la tuberculose mais contre le tuberculeux.

En 1913, la déclaration obligatoire à l'Académie de Médecine, est l'objet d'une longue discussion qui se clôture par les mentions suivantes :

1° Il est d'intérêt public que tout cas de tuberculose bacillaire ouverte soit obligatoirement déclarée sitôt le diagnostic établi ;

2° La déclaration sera adressée à un médecin sanitaire tenu au secret professionnel et qui veillera à l'exécution des mesures de prophylaxie lorsque celles-ci ne sont pas assurées par le médecin traitant ;

3° La déclaration entraîne l'obligation, pour les pouvoirs publics, de procurer aux tuberculeux nécessiteux les soins que réclament leur état ainsi que l'assistance à leurs familles.

4° Lors de la construction de tout hôpital nouveau sur

le territoire français, des quartiers bien isolés seront réservés à la réception de tout malade atteint de tuberculose ouverte, proportionnellement au chiffre de la population que cet établissement doit secourir.

Ce vœu reste sans aucun commandement d'application.

Le 16 janvier 1919, M. Mourier, sous-secrétaire d'Etat du service de Santé, estimant qu'à la suite de la guerre 55.000 soldats étaient soignés pour tuberculose et que la France pouvait compter 500.000 tuberculeux en évolution, proposait au Conseil des ministres qui l'avait approuvé, le dépôt d'un projet de loi sur la déclaration obligatoire.

Ce projet était ainsi conçu :

Article Premier. — Tout cas de tuberculose pulmonaire ouverte doit être obligatoirement déclaré dans les 8 jours qui suivront l'établissement du diagnostic.

La déclaration est adressée par le médecin traitant ou consultant au service médical sanitaire institué à cet effet.

Art. 2. — Le médecin rend compte en même temps si les soins et les mesures prophylactiques sont assurés. A défaut de cette garantie, qu'il appartient au service sanitaire de contrôler le cas échéant, ce service invite le malade à recourir aux soins du dispensaire, et prescrit son hospitalisation, si son état et l'absence de soins la rendent indispensable. Il fait procéder quand il y a lieu aux désinfections nécessaires.

Art. 3. — Les communes, les départements et l'Etat sont tenus de pourvoir au traitement et à l'hospitalisation des personnes nécessiteuses atteintes de tuberculose et d'accorder une subvention aux familles dont le soutien est hospitalisé comme tuberculeux. Les charges financières sont réparties conformément aux dispositions des articles 27 à 32 de la loi du 14 juillet 1905.

La subvention pécunière consiste dans le paiement d'une allocation mensuelle dont le taux est fixé conformément aux prescriptions de l'article 20 de la dite loi.

Art. 4. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'application de la présente loi.

Art. 5. — Toute contravention aux articles 1 et 2 ci-dessus ainsi qu'aux règlements à intervenir sera punie de peines portées aux articles 471 et 474 du code pénal.

A la suite de ce projet, la société de Médecine de Paris se réunissait le 16 avril pour approuver ce principe d'initiative mais, pour montrer son irréalisation, en ce sens, qu'elle aboutirait actuellement à cette conclusion fâcheuse de démasquer un nombre de malades absolument hors de proportion avec les moyens dont disposent en leur faveur les pouvoirs publics ; que, dans ces condition, la déclaration obligatoire est non seulement inutile mais superfétatoire et inacceptable.

La société médicale des hôpitaux de Lyon émettait sensiblement le même vœu le 1er avril 1919 et insistait aussi sur l'isolement des tuberculeux des hôpitaux.

En mai 1919, l'Académie de Médecine se réunissait pour procéder le 20 de ce mois au vote des vœux, propositions et conclusions présentés sur la question de la déclaration obligatoire de la tuberculose au cours de 8 séances dans lesquelles elle avait été discutée et adoptait l'amendement présenté par M. Vaillard et un grand nombre de ses collègues, amendement qui reproduisait l'avis émis par l'Académie en 1903,

L'Académie émet ensuite, à l'unanimité, les propositions suivantes de M. Reynier :

« Seules les mesures de prophylaxie peuvent avoir des résultats rapides et on peut les prendre sans avoir recours à la déclaration obligatoire.

Les mesures consistent :

1° Dans la lutte contre l'alcoolisme et la limitation des cabarets ;

2° Dans l'enseignement de l'hygiène dans les écoles :

3° Dans la lutte contre les logements insalubres ;

4° Création des cités ouvrières hors des grands centres ;

5° Développement de l'œuvre Grancher permettant de faire vivre à la campagne les enfants menacés de tuberculose ;

6° Désinfection obligatoire par le propriétaire de tout logis loué à un nouveau locataire.

LES ŒUVRES PRIVÉES POUR LUTTER CONTRE LA TUBERCULOSE

Mais pendant que se discutait quelquefois chaudement la question de la déclaration obligatoire, des gens dont le bon sens était uni au bon cœur, s'étaient rendus compte déjà que la prophylaxie et le traitement étaient deux armes de préservation à la fois pour l'individu lui-même, pour sa conservation personnelle, ensuite pour son entourage et cette préservation serait efficace si elle s'exerçait dès l'enfance, aussi vit-on dès 1861 se fonder un sanatorium maritime à Berck-sur-Mer.

En 1899, un autre à Hendaye (Basses-Pyrénées), où se traitaient les formes graves de la tuberculose localisée (Mal de Pott, coxalgie).

ŒUVRE GRANCHER

Cette même préservation se trouvait réalisée par le placement familial des enfants sains en 1903 par l'œuvre de préservation de l'enfance ou œuvre Grancher, résumé dans cette phrase :

« Quand la tuberculose sévit dans un étroit logis et frappe le père et la mère, la contagion des enfants est presque fatale et j'ai pensé que le meilleur moyen était de lui enlever sa proie ».

Pour mener son œuvre à bien, le professeur Grancher s'appuyait sur la collaboration dévouée, attentive et constante des médecins de campagne qui, seuls, pouvaient connaître les familles campagnardes aptes à recevoir ces pauvres enfants.

En principe :

1° Reherche par les médecins de campagne des familles ou mieux des personnes :

Ménages sans enfants, éprouvant le regret cuisant de vivre dans la solitude ; veuves dont le foyer a besoin de gaîté ; ménages stériles.

Sont écartés systématiquement :

Marchands de vin, commerçants, tâcherons.

Sont choisis de préférence des ménages ayant un petit bien.

2° Les foyers trouvés, les enfants sont choisis ; l'œuvre les prend de 3 à 13 ans, après examen et avec consentement des parents qui pourront rester toujours en contact avec leurs enfants.

L'œuvre étudie le caractère de ceux qui sont les pupilles pour s'efforcer de les adapter au milieu qui va être le leur.

Lorsque tout a été prévu, organisé, les enfants sont conduits à la campagne dans les divers foyers que l'œuvre possède dans des centres tous très salubres.

L'œuvre est purement sociale et le délégué voit curé, maire, instituteur, pour fournir ses indications sur le nouveau venu.

Ces enfants se modifiront, s'adapteront dans ce milieu nouveau au point d'y rester et de faire de ce pays le leur.

Devant les résultats chaque année de plus en plus beaux, obtenus par cette œuvre nous ne pouvons qu'admirer cette organisation et nous en faire l'apôtre.

L'ŒUVRE ADMINISTRATIVE

Mais les Pouvoirs publics ne pouvaient pas rester indifférents à ces mouvements. Déjà en 1893, la loi sur l'assistance médicale gratuite avait ébauché le problème de la lutte antituberculeuse.

Mais c'est sur l'initiative de M. Monod que l'on verra par la loi du 19 février 1902, sur la santé publique, l'Etat s'intéresser à la préservation publique à la suite de la ratification du vœu de M. Monod au Congrès de Bruxelles à savoir :

« Que la prophylaxie antituberculeuse incombe plus particulièrement aux Pouvoirs publics, au moyen d'une application rigoureuse des lois et d'une réglementation concernant la salubrité des habitations, etc... »

La loi de 1902, pour toute mauvaise qu'elle semble être

de nos jours, n'en n'a pas moins été le premier pas dans la lutte anti-tuberculeuse par la déclaration facultative qu'elle décrétait.

Mais le vrai programme à poursuivre n'était pas élucidé par la loi de 1902 :

Dépistage de malades par la création de cahier sanitaire;

Etablissement de sociétés de bienfaisance spéciales pour visiter les familles pauvres, y rechercher les tuberculeux et les envoyer au dispensaire ;

Désinfection périodique ;

Assainissement par la défense de cracher à terre, moyens de prophylaxie, etc.

Tous ces chapitres de préservation sociale devaient trouver leur réalisation dans la tâche que s'imposait « la Commission permanente de préservation contre la tuberculose », qu'instituait le Ministère de l'Intérieur en 1904 et que préside L. Bourgeois.

Dès sa création on vit le sol des ateliers devenir imperméable et bien nivelé, les murs se recouvrir d'un enduit permettant le lavage ; s'installer des crachoirs hygiéniques contenant une solution désinfectante, des affiches contenant des préceptes fondamentaux d'hygiène anti-tuberculeuse ; les abattoirs réglementés ; la viande suspecte vendue qu'après cuisson parfaite entre 110 et 120° ; création de médecin inspecteur du travail.

Nous avons parlé il y a instant du dispensaire. Nous retrouvons en effet dans l'histoire du dispensaire la création dès 1894 de « l'Œuvre des tuberculeux adultes » qui possédait à Paris deux dispensaires.

Une œuvre privée celle de la comtesse de Beauregard en créait également un à Belleville en 1895 où consultations, médicaments et secours alimentaires y étaient donnés.

Déjà le 22 novembre 1899 la Commission extra-parlementaire était créée et décidait la création systématique dans tous les centres urbains de dispensaires spéciaux destinés à rechercher parmi les ouvriers ceux atteints ou suspects de tuberculose, à les attirer pour les soumettre à un traitement

rationnel, à les éduquer pour les rendre dans la mesure du possible inoffensifs à leur milieu

LE DISPENSAIRE

En 1900 le docteur Bonnet ouvre un dispensaire à Paris qui a pour but d'appliquer d'une façon pratique les notions scientifiques nouvelles sur la tuberculose, éducation anti-tuberculeuse individuelle et assistance spéciale contre la tuberculose à ceux à la période incurable : voila son but.

En 1901, à Lille, Calmette créait le dispensaire « Emile Roux » appelé préventorium par Calmette lui-même.

C'est une œuvre d'assistance et de défense sociale s'efforçant de préserver de la contagion : femmes, enfants, entourage en assainissant le local, en donnant des conseils d'hygiène. Sa principale fonction consiste non point à donner des consultations ou à distribuer des médicaments mais à rechercher, à attirer et retenir par une propagande intelligemment faite dans les milieux populaires, les ouvriers atteints ou suspects de tuberculose, à leur donner des conseils, voire même les aider.

Ce sont des établissements d'éducation anti-tuberculeuse.

Et le résultat de cette lutte fut pour Lille qui avant 1901 avait une mortalité par tuberculose de 1.500 décès par an, fut en 1907 que de 800 sur une population de 205.625 habitants. Et en 1911, que de 700 sur une population de 217 807 habitants.

Le modèle de ce dispensaire se vulgarisa en France et à l'Etranger.

Lyon qui de 1900 à 1904 avait une moyenne de mortatalité par tuberculose de 33.4 pour 10.000 habitants, voit ce taux s'abaisser en 1911 à 26.1, après la création du dispensaire Arloing en 1905.

Liège (dispensaire Hortensia Montefiore). Nantes, Marseille, Dijon, Reims, Poitiers, etc.

En 1906, R. Kork, dans un discours à Stockolm à l'occasion du prix Nobel loue l'œuvre de Calmette.

Partout il suscite l'admiration et est apprécié comme un

des moyens les plus efficaces de la lutte et de l'éducation anti-tuberculeuse.

CONGRÈS DE WASHINGTON

Son éloge est fait une fois de plus en 1908 au Congrès de la tuberculose à Washington (sept oct.), auquel ont été émis quelques vœux à savoir :

1° l'importance d'édicter des lois spéciales obligeant les médecins à déclarer aux autorités sanitaires tous les cas de tuberculose dont ils ont connaissance et imposant l'enregistrement de ces cas pour prendre des mesures propres à prévenir la propagation de la maladie.

2° la nécessité de prévenir la contagion d'homme à homme.

3° la nécessité de construire : des hôpitaux pour le traitement des tuberculeux avancés ; des sanatoria pour les cas de tuberculose guérissable ; des dispensaires et des galeries de cure de jour et de nuit pour les tuberculeux ambulatoires qui ne peuvent pas entrer dans un hôpital ou un sanatorium.

Ce même Congrès approuve toute législation bien comprise pour régler le travail dans les ateliers, pour abolir le travail prématuré et dangereux pour la santé des femmes et des enfants ; pour obtenir des habitations hygiéniques propres à augmenter la résistance du peuple contre la tuberculose ; pour créer un enseignement spécial à donner aux instituteurs et des cours d'hygiène dans les collèges et universités ; pour créer des places de jeu.

CONGRÈS DE RIO DE JANEIRO

En octobre 1909, au congrès qui eut lieu à Rio de Janeiro, certains vœux sont émis au sujet de la prophylaxie, de la protection de l'enfance à l'âge scolaire, puis de l'adolescent, enfin celle de l'adulte (en particulier par l'assurance obligatoire contre la tuberculose).

Le congrès insiste sur la création de sanatoriums maritimes pour enfants atteints de tuberculose ganglionnaire et osseuse, sanatoriums populaires pour tuberculose au début.

Diffusion des dispensaires anti-tuberculeux. Hôpitaux spéciaux suburbains pour tuberculeux incurables. Colonies agricoles pour tuberculeux sortis des sanatoriums populaires qui représentent le véritable armement anti-tuberculeux moderne.

2e PARTIE

Pendant la Guerre

LA MOBILISATION SES CONSÉQUENCES PARMI LES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE MILITAIRES MIS EN CONTACT

Le 2 août 1914, la déclaration de guerre de l'Allemagne nous impose une mobilisation qui brusquement met au contact dans des conditions hygiéniques insuffisantes dans des locaux encombrés et brutalement sans transition soumet à un surmenage intensif trois sortes de soldats : les uns sains, vigoureux, exempts de toute tare bacillaire ; les autres, d'aspect extérieur sain mais qui portent en eux des lésions de bacillose guéries : une troisième espèce enfin nettement bacillaire qui fut le point de départ des premiers contacts dangereux. Les médecins militaires du temps de paix avaient su éloigner ces tuberculeux de l'armée en les classant dans les services auxiliaires ou en les réformant. Ce ne sont tous que des récupérés, comme le rapporte M. le professeur Chassevant pour l'avoir constaté lui-même ; en effet le premier tuberculeux qu'il propose pour la réforme en 1914 est un infirmier de l'armée auxiliaire qui n'avait jamais fait de service et qui est venu mobilisé à son hôpital temporaire à Domfront. A l'avant en 1914-1915 on constate un nombre de plus en plus grand d'évacués pour bronchites suspectes mais il ne s'agissait toujours que de soldats récupérés qui avaient été réformés ou classés dans le service auxiliaire en temps de paix.

En 1916, médecin-chef d'un dépôt de 3 régiments, il assiste au défilé d'un flot de tuberculeux, tous malingres,

récupérés aujourd'hui mais éliminés autrefois par les médecins de l'active.

Mais l'heure était critique, un recrutement hatif n'a pas permis de sélectionner méticuleusement ces différentes espèces de militaires, qui hier civils vivaient dans un équilibre maladif parce qu'ils savaient ou pouvaient se reposer quand ils sentaient la maladie, tout au moins la fatigue, prendre le dessus et qui au lendemain de la mobilisation devaient payer un lourd tribut par une crise aiguë déclarée au contact des fatigues qu'imposait la nécessité d'opposer à l'ennemi le plus grand nombre de soldats.

Aussi dès les premiers jours, on vit des états pulmonaires bien supportés chez des débiles, s'aggraver et bientôt aussi on vit se déclarer des tuberculoses graves chez des individus indemnes de tout antécédant.

L'ÉVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PARMI LES MILITAIRES

A ce sujet il nous a paru intéressant de reproduire un résumé du travail fait Hayer.

H. a examiné 1.633 cas de tuberculose pulmonaire survenus chez des soldats pendant la guerre ; il les classe en 3 catégories :

Une première catégorie, qui comprend 413 soldats (soit 25,3 %) qui avant la guerre étaient considérés comme absolument exempts de tuberculose (cela n'exclut pas qu'ils avaient pu avoir reçu l'infection bacillaire légère, occulte, à laquelle n'échappe pas la grande majorité des individus pendant l'enfance).

En somme ils n'accusent aucun signe suspect, aucune affection suspecte, aucun contact suspect dans leur famille.

Une deuxième catégorie, qui comprend 505 malades (soit 30,9 %) qui, avant la guerre, pouvaient être considérés comme suspects, ayant des signes de prédisposition ou ayant subi une affection suspecte.

Une troisième catégorie, qui comprend 715 cas (soit 43,8 %) qui, avant la guerre, avaient été atteints de formes

bégnines de tuberculose à allures chroniques et paraissent guéris.

Les pronostics pour chaque catégorie ont été les suivants :

Catégorie	favorable	douteux	mauvais
	o/o		
1re	45.7	20.7	33.6
2e	49.9	26.7	23.4
3e	44.8	39.3	15.9

Si même on ne retient que les pronostics les plus mauvais, ceux qui concernent une évolution très rapidement progressive aboutissant à la mort, on trouve :

pour la 1re catégorie 21 o/o
— 3e — 20 o/o

Ainsi les sujets chez lesquels la tuberculose pulmonaire, apparaissant à la suite du service de guerre, offre le plus souvent ses formes les moins graves, sont d'abord ceux qui, avant la guerre, avaient été manifestement atteints de tuberculose ; puis les prédisposés et ceux vraiment infectés.

Quant à ceux qui, avant la guerre, paraissaient n'avoir subi aucune infection bacillaire notable et étaient considérés comme pratiquement sains, firent le plus souvent des formes graves, à évolution rapide, de tuberculose pulmonaire.

EVOLUTION DE LA TUBERCULOSE PARMI LES RACES INDEMNES DE TARE BACILLAIRE.

Ces faits s'accordent avec cette observation bien connue maintenant que les sauvages les plus robustes en apparence succombent souvent et rapidement à des formes graves de tuberculose pulmonaire quand ils sont mis quelques temps au contact avec des groupes civilisés, et cela par le manque d'immunisation antérieure.

Cette accoutumance insuffisante de la race se retrouve dans les Indes où l'on constate aussi que le taux de la mortalité par tuberculose est plus élevé chez les Hindous que parmi les individus de la race blanche ou noire et que la

tuberculose est rare chez ceux dans les régions où les blancs n'ont pas pénétré.

Cette susceptibilité des individus à la tuberculose a été bien mis en relief au cours de cette dernière guerre. C'est ainsi que dans un travail publié par S. Lyle Cummins sur la morbidité et la mortalité par tuberculose des troupes britanniques et des contingents de travailleurs de l'Afrique du sud, composés de Cafres et d'indigènes du Cap, pendant leur séjour en France de 1917 à 1918 : parmi les Britanniques 165 décès pour 2881 cas, soit 5,7 o/o ; chez les Africains 183 morts pour 327 malades, soit 56 o/o.

Ces contingents de travailleurs africains avaient été soumis à un examen médical rigoureux avant de quitter leur pays — leur tuberculose fut donc contractée en France.

De même chez nous, Borrel s'est occupé de cette susceptibilité à la tuberculose de la part du Sénégalais.

Au Sénégal la tuberculose est rare, elle ne compte pas à l'intérieur, seule elle peut se rencontrer dans des centres urbains. Les résultats de cuti-réactions faites par Calmette en 1912 donnent les chiffres positifs

de 4, 5, 7 o/o dans les villages,
20, 30 o/o dans les villes.

Borrel qui pratiquait systématiquement la réaction de Pirquet sur les Sénégalais arrivant au camp de Fréjus en accuse de 4 à 5 o/o positives.

Les décès par tuberculose dans ce camp furent :

en 1916	de 48,	
17	de 312	6,24 o/oo,
18	de 557	11,14 o/oo.
19	de 298.	

Ces résultats sont suffisamment éloquents pour ne pas parler des faits semblables signalés par Metchnikoff et Burnet « sur la tuberculose des Kalmouks ou des Kirghiz » et du Dr Clotz.

LA SITUATION QUELQUES MOIS APRÈS LE DÉBUT DE LA GUERRE

LE CRI D'ALARME DE LANDOUZY

LES LOIS ANTITUBERCULEUSES

Donc quelques mois après le début de la guerre, en présence de ces cas devenant de plus en plus nombreux, il fallait envisager des mesures spéciales pour traiter et assister les militaires tuberculeux.

Devant ce réveil chez les uns, l'inoculation chez les autres, il fallait informer et émouvoir l'opinion. C'est le professeur Landouzy qui, en 1915, jette le cri d'alarme, en appelant l'attention du service de santé sur cette question de la pathogénie de la tuberculose et demande :

1° que l'examen des recrues se fasse désormais dans des conditions d'examen sérieuses, conduisant à des résultats sauvegardant à la fois les intérêts individuels et les intérêts généraux ;

2° que les conseils de révision tinssent compte des certificats et consultations du médecin de famille, relatant les antécédants personnels des recrues ;

3° que nos règlements éliminassent des effectifs les recrues ayant des antécédants pleurétiques ;

4° que la sélection des hommes à toutes les étapes du service fut plus sévère ;

5° que les réformés tuberculeux en général, tous les réformés de tuberculose ouverte en particulier ne quittassent plus l'armée sans que pour un temps au moins, traitement, éducation anti-tuberculeuse et assistance leur fussent légalement assurés.

La question des réformés tuberculeux devient donc une question de salut public dont la Commission permanente de préservation contre la tuberculose va s'occuper.

Le 2 avril 1915, en effet, la Chambre vote la résolution « invitant le Gouvernement à prendre les mesures nécessaires pour donner aux tuberculeux militaires les soins et l'éducation avant leur renvoi dans leurs foyers ».

La tâche était dure, la Commission permanente soumet

une proposition au Parlement qui, le 18 octobre 1915 (J. O. 20 oct.), vote la « Loi d'assistance aux tuberculeux » qui porte ouverture d'un crédit de deux millions aux militaires en instance de réforme ou réformés par tuberculose.

C'est un acte d'essai et aussi d'essai de préservation sociale anti-tuberculeuse pour lequel les deux départements de l'Intérieur et de la Guerre s'unissent pour créer une organisation s'étendant à toute la France.

C'est par l'initiative de M. J. Brisac, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance au Ministère de l'Intérieur que l'on vit la création des stations sanitaires qui fut le point de départ de tout le mouvement actuel.

Le 21 janvier 1916, le Sous-secrétariat d'Etat du Service de santé militaire décide de créer dans chaque Région des hôpitaux sanitaires, véritables sanatoriums ou seraient reçus, traités et éduqués les militaires tuberculeux confirmés ouverts et fermés.

Cette organisation fut poursuivie dans les Régions avec toute l'activité possible. De nombreuses difficultés furent rencontrées, en raison d'une part de la pénurie d'immeubles restés disponibles et présentant les garanties suffisantes d'isolement, d'exposition, etc. ; d'autre part, de l'opposition très vive des municipalités qui ont trop souvent considéré le voisinage d'un hôpital sanitaire comme un danger pour la population. Devant certaines protestations particulièrement énergiques, le Service de Santé s'est vu dans l'obligation de renoncer à des créations dont l'utilité était cependant indiscutable.

Mais cette organisation parallèle des établissements du Service de Santé et du Ministère de l'Intérieur serait incomplète si, après sa réforme, le tuberculeux était simplement rendu, sans garanties, à la vie civile.

Le 21 mars 1916, le Ministre de l'Intérieur adresse des instructions aux préfets pour créer dans chaque département des : « Comités d'assistance aux anciens militaires tuberculeux », auxquels sont envoyées les fiches concernant les tuberculeux à leur sortie de l'hôpital et des stations sani-

taires, et auxqueis incombe en dernier ressort l'assistance aux tuberculeux rendus à la vie civile.

Peu de temps après, le 15 avril 1916, était promulguée la loi dite de Léon Bourgeois relative à la création de dispensaires d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse, que son auteur avait déjà soumise sous forme de proposition en 1914, au Sénat.

Enfin le 18 avril 1916 se crée à Paris, sous les auspices de la Commission permanente de préservation de la tuberculose, le « Comité central d'assistance aux militaires tuberculeux » qui en 1917 devient le « Comité national d'assistance aux anciens militaires tuberculeux ».

Quel est le rôle et le fonctionnement de toutes ces créations qui viennent d'être citées :

LES STATIONS SANITAIRES

Leur rôle est d'assurer « aux blessés de la tuberculose » non point un traitement curatif complet mais l'éducation anti-tuberculeuse pour éviter aux malades de contaminer l'entourage et les milieux ambiants.

Il eut été, en effet, absolument impossible de créer immédiatement des établissements susceptibles de soigner tous les tuberculeux éliminés de l'armée.

On a donc préféré, plutôt que de traiter un nombre forcément restreint de malades, faire l'éducation d'un nombre aussi élevé que possible de tuberculeux.

Elles furent, pour la plupart, organisées dans des immeubles existants, soit avec le concours des départements, soit celui de personnalités ou d'œuvres privées, soit directement par l'administration préfectorale sous la direction du Ministre de l'Intérieur.

Ne sont admises que les tuberculoses pulmonaires en voie d'évolution et susceptibles d'amélioration notable et les cavitaires sans fièvre et avec état général satisfaisant ; n'y sont pas admis tous les militaires atteints

a) de phtisie aiguë ;

b) de tuberculose pulmonaire caséeuse étendue ;

c) de cavernes pulmonaires avec fièvre élevée ou état cachectique ;

d) de fièvre hectique ou de fièvre élevée permanente ;

e) de lésions pulmonaires étendues et avancées, déterminant des accidents cardiaques ;

f) d'accidents méningés ;

g) d'entérite ou de péritonite tuberculeuse en évolution.

En somme les stations sanitaires ne sont pas des hôpitaux de traitement pour malades aiguës exigeant des soins spéciaux et continus ni pour ceux dont une issue fatale à échéance peu éloignée paraît inévitable. De même que sont refusés les tuberculeux réformés à leur arrivée au corps. Seuls y sont admis les militaires réformés n° 1 et n° 2 pour tuberculose pulmonaire depuis le début des hostilités et dont l'état de santé est susceptible d'amélioration ou de guérison. Ce séjour est théoriquement de 3 mois mais suivant l'avis du médecin-chef cette durée peut être prolongée d'une ou plusieurs périodes semblables.

Du fait de cette possibilité actuelle de séjours prolongés, les stations sanitaires tout en conservant leur caractère de maisons d'éducation anti-tuberculeuse sont aussi devenues de véritables maisons de cure préparant ainsi le passage au régime légal des sanatorias publics que nous verrons plus loin. Malgré la contre-indication climatique de certains établissements, des résultats intéressants ont été constatés et la cure, même à inégalité d'altitude, peut être considérée comme donnant, dans l'ensemble de bons résultats grâce à l'efficacité du repos, du grand air, de la suralimentation, de l'éducation hygiénique et de la surveillance médicale.

Dans ces établissements ont été également admis, s'ils remplissaient les conditions cliniques, les réfugiés ou rapatriés ; quant aux femmes et enfants réfugiés et rapatriés atteints de tuberculose pulmonaire le ministère de l'Intérieur (direction du contrôle) en a assuré l'hospitalisation soit dans des établissements créés par lui, soit dans des établissements appartenant à des œuvres avec lesquelles il avait traité.

HOPITAUX SANITAIRES

Ces hôpitaux sanitaires du service de santé furent spécialement destinés aux militaires tuberculeux qui y étaient traités par des médecins choisis avec soin et autant que possible par des praticiens spécialisés en matière de phtisiothérapie.

Le rôle de ces hôpitaux est triple :

1° isolement des tuberculeux dont la présence est ainsi évitée aux hôpitaux généraux ;

2° triage (1) des malades à leur arrivée pour séparer les tuberculoses ouvertes des fermées en vue soit de leur envoi dans les stations sanitaires soit de leur traitement dans un hôpital sanitaire à climat approprié ;

3° traitement des malades gravement atteints et non justiciables d'un séjour en station sanitaire.

Quant aux tuberculoses osseuses ou ganglionnaires, elles n'étaient pas justiciables de ces hôpitaux sanitaires mais étaient dirigées sur des hôpitaux spéciaux affectés dans des centres marins pour tuberculose chirurgicale ; exception était faite pour les osseuses et pulmonaires qui étaient reçues dans les hôpitaux sanitaires désignés par les directeurs régionaux.

Déjà dans ces hôpitaux les médecins traitants dans des causeries familières à la visite quotidienne ou au cours de conférences périodiques, donnent aux malades des notions simples et pratiques sur la nature de la maladie, sur sa curabilité, sur l'hygiène qui leur convient, sur les précautions à prendre par eux-mêmes et pour leur famille afin d'éviter la contamination. C'est cette même éducation qui sera continuée à la station sanitaire ou ira le bacillaire.

COMITÉS DÉPARTEMENTAUX

Ces comités constitués dans chaque département à l'appel du Ministre de l'Intérieur sont des associations déclarées

(1) triage au 2e degré, car un premier triage préalable avait été fait dans les hôpitaux ordinaires par les médecins chefs de secteurs.

pleinement indépendantes. Ils ont bénéficié pour l'entreprise de leur œuvre de subventions départementale, communale, de l'Etat et des ressources de la bienfaisance privée.

Leur assistance consistait en conseils, démarches, aide matérielle, médicaments, suralimentation, secours à la famille du malade, etc.

On trouvera dans la Revue d'hygiène et de police sanitaire d'avril 1919 (nº 4) une communication intéressante faite par le professeur L. Bernard sur l'organisation et l'assistance du Comité départemental d'assistance aux anciens militaires tuberculeux du département de la Seine :

Le champ d'action du Comité fut subdivisé en sections dont 21 à Paris et 24 en banlieue, ces sections correspondant à Paris aux arrondissements et dans la banlieue à une ou plusieurs communes.

L'assistance de ce comité ne se limitait pas aux soins médicaux et en la surveillance des visiteuses d'hygiène mais pourvoyait au sort qui convenait à chaque assisté et ceci en s'inspirant des renseignements fournis par la visiteuse et exécutant les prescriptions du médecin, les uns et les autres étant mentionnés sur la double fiche spéciale d'enquête.

Suivant l'état de santé de l'assisté, le Comité apportait à ce dernier l'aide d'hospitalisation dont il disposait grâce à l'obligeance du directeur de l'assistance publique, grâce aux œuvres des tuberculeux adultes, au dispensaire Siegfried Robin et au concours des dispensaires Roquefeller, ou bien l'œuvre des cures sanatoriales, disposant à cet effet de stations sanitaires et d'établissements de l'assistance aux convalescents militaires, ou bien si l'assisté était reconnu apte à travailler, le comité disposait de fonds spéciaux de placement sur lequel il payait le déménagement des réformés qu'il installait à la campagne et qu'il secourait en aliments et en vêtements.

Ce comité étendait aussi son assistance aux enfants des foyers contaminés après s'être entendu avec l'œuvre Grancher, il créa même dans la région de St-Pierre-le-Moutier

(Nièvre) une œuvre semblable : la Colonie familiale d'enfants tuberculeux.

Et cette œuvre grandiose fut aussi organisée grâce au concours de la ville de Paris, du département de la Seine, de l'assistance du Ministère de l'Intérieur et du Comité national.

Chaque Comité départemental fit dans la mesure de son possible ce qu'organisa en grand celui de Paris, si solidement aidé.

Le dévouement qu'ils ont tous suscité et l'expérience qu'ils ont permis d'acquérir furent utilisés au mieux des intérêts de la lutte antituberculeuse.

Sous l'impulsion de ces comités, l'opinion a été secouée de son indifférence et les pouvoirs publics entraînés comme nous le verrons plus loin.

Assistance aux Tuberculeux réformés

Les malades admis dans les stations sanitaires sont à leur sortie signalés au préfet par l'envoi d'une fiche de départ de façon à ce que ces militaires, une fois rendus à la vie civile, restent sous la surveillance et l'assistance éventuelle des comités départementaux. Ce signalement s'effectuait au moyen d'une fiche de départ contenant sur le malade des renseignements divers d'ordre prophylactique et administratif.

Afin d'éviter ces inconvénients qui pouvaient présenter la divulgation de renseignements d'ordre médical et, par conséquent, confidentiels, le Ministère de l'Intérieur a modifié les règles concernant l'établissement et la transmission des fiches de départ.

Ces renseignements seront transmis désormais à l'abri du secret professionnel médical.

Le Comité départemental désignera un médecin qui sera chargé de recevoir ces indications pour les transmettre au médecin traitant appelé à soigner le tuberculeux.

Les fiches de départ comprendront à l'avenir 2 parties distinctes :

Une fiche médicale et une fiche administrative, conformes au modèle ci-après :

ANNEXE N° 3

(Modèle 1)

Ministère de l'Intérieur ou Ministère de la Guerre (1)

STATION SANITAIRE ou HOPITAL SANITAIRE de (1)

Département de

Fiche Médicale de Départ

de M âgé de

entré le sorti le

Renseignements à fournir obligatoirement

Pendant le séjour à la station ou à l'hôpital

	A quelles dates	Résultats des examens
Poids du malade nu : à l'entrée		à la sortie
Recherche des bacilles dans les crachats.		
Si le malade n'a pas craché, noter cette absence d'expectorations pendant tout le séjour à la station.		
Le malade a-t il de la fièvre ? Quand ? Comment ? Pendant combien de temps ?		
Le malade a-t-il eu des complications ? Lesquelles ? A quelles dates ?		

(1) Biffer le mot inutile.

(Au verso)

Renseignements complémentaires facultatifs laissés à l'initiative du médecin traitant.

Aptitude au travail..

Etat lésional — Indiquer sur des graphiques le siège et l'étendue des lésions constatées dans 1ère, 2e et 3e degrés.

ANNEXE N° 3 (Modèle 2)

STATION SANITAIRE ou HOPITAL SANITAIRE (1)

Département d

Fiche administrative de départ d'un militaire admis dans une station sanitaire ou un hôpital sanitaire (1).

Nom et prénoms :
Age :
Sorti le
Résidence choisie :
Situation de famille :

Position militaire
- En instance de réforme.
- Réforme temporaire n° 2.
- Réforme définitive n° 2.
- proposé par la :
  - Réforme temporaire n° 1 } avec gratification
  - Réforme définitive n° 1 } avec gratification
  - Pension de retraite.

(1) Biffer les mots inutiles.

Au moment où un militaire tuberculeux sera sur le point de quitter une station sanitaire, le médecin traitant établira sa « fiche médicale de départ ».

Cette fiche une fois remplie et signée par le médecin traitant sera mise par lui dans une enveloppe spéciale laquelle pour éviter, la violation du secret professionnel ne devra sous aucun prétexte être ouverte par une autre personne que le médecin désigné à cet effet par le Comité départemental du département où le militaire se retire.

L'enveloppe cachetée sera encartée dans une double feuille servant de fiche administrative de départ conforme au modèle ci-dessus et formant couverture du dossier médical. Sur cette fiche les indications sur la résidence où se re-

tire l'intéressé devront être précises et notamment pour les villes et centres importants, mentionner la rue et le n°.

Les dossiers ainsi constitués seront envoyés au préfet qui les fera parvenir au comité départemental ; celui-ci conservera à son secrétariat les renseignements contenus dans la fiche administrative ouverte et enverra au médecin désigné la fiche médicale sous enveloppe.

Le comité devra prendre des précautions pour que les archives médicales constituées par les envois de ces fiches médicales de départ soient à l'abri de toute indiscrétion.

Si les tuberculeux émanent d'hôpitaux sanitaires ou hôpitaux non spécialisés les mêmes formalités seront faites mais adressées directement au Ministère de l'intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publique) qui en assurera la transmission.

Pour les tuberculeux, jusqu'ici non signalés, les comités s'adresseront aux préfets pour obtenir les renseignements nécessaires.

Les bureaux de recrutement sont autorisés à répondre aux demandes des Préfets, auxquels ils adresseront :

1° une fiche administrative ouverte, mentionnant la situation du réformé intéressé, destinée aux archives du comité départemental ;

2° une fiche spéciale fermée contenant les renseignements d'ordre médical, à n'ouvrir que par le médecin désigné.

Dispensaires

Nous avons vu que les dispensaires existaient bien avant la guerre, et que parmi tous ceux qui furent créés c'est le dispensaire français E. Roux, fondé par le professeur Calmette qui resta le modèle. Trop longue serait à narrer l'histoire de cette institution. A titre de renseignement pour conseiller celui qui voudrait se documenter, nous pouvons, aidé par le travail des Drs Guinard et Wœhrel, signaler :

1° Les travaux et comptes rendus du fonctionnement du dispensaire E. Roux, de Lille ;

2° Les comptes rendus de la Commission permanente de préservation contre la tuberculose, au Ministère de l'Intérieur ;

3° Le rapport de la Commission départemental pour l'étude des dépenses contre la tuberculose en S. & O ;

4° Les comptes rendus, en un volume de près de 400 pages, du Congrès de Lyon, de l'Alliance d'hygiène sociale (juin 1914) entièrement consacré au dispensaire urbain et rural :

5° Les excellents rapports de M.-P. Strauss, au Sénat et de M.-A. Honnorat, à la Chambre des députés, rapports qui ont préparé le vote de la loi du 15 avril 1916.

6° Les travaux de la Commission des dispensaires de l'office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Les tristes constatations des premiers mois de lutte ont rendu plus évidente que jamais la nécessité de favoriser la création de ces établissements et de leur donner un statut légal pour en assurer l'existence et la stabilité.

Les dispensaires ont pour but de répandre la prophylaxie et l'éducation antituberculeuse. La loi du 15 avril 1916, s'applique aux indigents et aux non indigents et elle a un véritable caractère de loi de prophylaxie sociale bien plus qu'un caractère de loi d'assistance.

On a parfois qualifié le dispensaire d' « antichambre de sanatorium ». Cette expression ne décrit pas son rôle. S'il y a un intérêt primordial à ce qu'aucun malade ne soit admis dans un sanatorium avant d'être passé par un dispensaire, si ce dernier établissement a pour but de dépister et rechercher les tuberculeux ; il a aussi un rôle où il ne remplit pas la fonction d'antichambre : c'est de faire l'éducation du tuberculeux, de le soigner et de ne pas l'enlever à son milieu quand c'est possible.

C'est peut-être la mission la plus importante du dispensaire en raison des moyens dont il dispose, de ses visiteuses d'hygiène, de la facilité qu'il offre aux malades de se présen-

ter à la consultation et d'y recevoir des médicaments ou des bons d'alimentation.

Ceci dit, nous allons rappeler le fonctionnement d'un dispensaire tel que l'a entendu le législateur.

Le personnel médical, plus ou moins nombreux, suivant l'importance du dispensaire, examine le malade qui se présente à la consultation et détermine autant qu'il est possible le caractère contagieux ou non de son état, d'où nécessité absolue de l'examen bactériologique des crachats qui doit être fait au dispensaire même.

Les malades indigents reçoivent des prescriptions et s'il y a lieu des médicaments, des bons d'aliments, de vêtements, de loyers. Les dispensaires pour remplir cette partie de leur mission, ont le plus grand intérêt à être en liaison étroite avec les institutions charitables, bureaux de bienfaisance, œuvres privées.

Les malades non indigents reçoivent des conseils d'hygiène, des crachoirs et des liquides antiseptiques.

Là ne se borne pas le rôle du dispensaire. Il suit, grâce à ses infirmières visiteuses et ses monitrices d'hygiène, les malades à leur domicile, étudie leurs conditions d'existence, se charge de leur éducation antituberculeuse, vient en aide à sa famille et s'assure que les prescriptions du médecin sont exécutées. L'examen du malade à la consultation risque d'être sans effet si le médecin n'est pas renseigné d'une façon précise sur le mode de vie et les habitudes du malade et de sa famille.

Enfin le dispensaire doit présider à la désinfection du domicile et des objets du malade et de sa famille. S'il ne possède pas lui-même un service de désinfection, ce qui évidemment est assez difficile dans beaucoup de localités, il doit être en liaison étroite avec le service départemental ou municipal de désinfection. Le dispensaire doit aussi posséder une buanderie. Un service de lavage du linge des malades est, en effet, de première utilité, d'autant plus que l'expérience a démontré que les malades éprouvent pour la désinfection une répugnance, parfois difficile à vaincre, alors

qu'ils témoignent une préférence évidente pour le lavage de leur linge, lavage auquel ils ne procèdent eux-mêmes bien souvent que dans des conditions déplorables. Ceci n'empêche d'ailleurs pas les moniteurs d'hygiène d'encourager le plus possible les malades à user de la désinfection.

La loi du 15 avril 1916 a prévu que les dispensaires d'hygiène et de préservation antituberculeuse peuvent se constituer sous différentes formes :

1° Dispensaires publics propement dits ;

2° Dispensaires mutualistes et dispensaires privés ;

3° Dispensaires organisés par les communes, départements ou établissements publics ;

4° Dispensaires obligatoires.

DISPENSAIRES PUBLICS

Le dispensaire public est celui que le législateur a envisagé comme dispensaire type. Il bénéficie du maximum d'avantages, c'est un établissement public jouissant de la personnalité morale au même titre qu'un bureau de bienfaisance, un hôpital. Il a un budget propre et est administré par un Conseil d'administration, véritable commission administrative. L'état participe à la création de ces dispensaires publics au moyen de subventions sur le produit du pari mutuel et des jeux. Il intervient, en cas de déficit, par des subventions calculées pour la somme restant à couvrir suivant les barèmes de la loi de 1893.

Les dispensaires publics sont créés par décret, après enquête et avis des conseils municipaux compris dans la circonscription du dispensaire.

DISPENSAIRES MUTUALISTES

Les sociétés et unions de sociétés de secours mutuels peuvent étendre à d'autres personnes que leurs membres l'action des dispensaires qu'elles créent ou administrent tout en conservant à ces établissements les avantages prévus par la loi du 1er avril 1898. Ces établissements n'ont pas la per-

sonnalité morale. Ils peuvent recevoir des subventions des communes, des départements, des établissements publics et de l'Etat.

DISPENSAIRES PRIVÉS

Les dispensaires privés sont créés par des associations ou des personnes. Ils peuvent bénéficier de subventions des communes, des départements, des établissements publics et de l'Etat, et des facilités de crédit prévues par la loi sur les habitations à bon marché pour faire face à leurs dépenses de premier établissement.

DISPENSAIRES ORGANISÉS PAR LES COMMUNES, LES DÉPARTEMENTS, LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Ils ne constituent pas des établissements publics et n'ont pas la personnalité morale. Ils peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, des départements, des communes pour leurs dépenses extraordinaires, obtenir des cessions de terrain à titre gratuit par les communes, les départements et les établissements publics et bénéficier des facilités de crédit prévues par la loi sur les habitations à bon marché.

DISPENSAIRES OBLIGATOIRES

Si, pendant cinq années consécutives, le nombre des décès dans une ou plusieurs communes, dépasse la moyenne de la mortalité en France un dispensaire peut être créé par décret rendu sur la proposition du Ministre de l'intérieur sur l'avis conforme du Conseil supérieur d'hygiène, après enquête et consultation du Conseil d'Hygiène départemental et du Conseil général.

A côté de l'action administrative et législative qui vient d'être rappelée, nous avons bénéficié très largement de l'aide de grandes associations charitables qui ont apporté à l'Administration le plus grand concours personnel et pécuniaire.

Nous citerons l'« Union des Femmes de France, la Société de secours aux blessés militaires, l'Association des

Infirmières-visiteuses de France, qui assure dans des conditions parfaites l'éducation professionnelle des infirmières sanitaires et des infirmières visiteuses des dispensaires.

Ces associations ont aussi créé des dispensaires et sont prêtes à gérer des sanatoriums départementaux.

Les Etats-Unis nous ont également porté une aide précieuse. La Croix-rouge américaine a efficacement contribué à la lutte antituberculeuse en permettant d'augmenter le nombre des lits de tuberculeux, en collaborant avec le Comité national et en associant ses efforts à ceux de la Commission. Rockeffeller qui a créé, dans certains départements et à Paris, un réseau de dispensaires modèles et ne cesse d'apporter à la lutte antituberculeuse la participation la plus vigoureuse.

A ce sujet il nous a paru intéressant de reproduire dans notre travail ce que pendant l'été 1917, la fondation Rockefeller entreprit dans le département d'Eure-et-Loire pour démontrer l'efficacité de certains principes et de certaines méthodes d'organisation.

Prenant le nom de « Commission américaine de préservation contre la tuberculose en France », le but de cette mission était de travailler avec l'aide de la collaboration française à organiser le plan suivant d'organisation :

Etablissement de :

1° système de dispensaires pour l'examen des malades et des membres de leurs familles ; les dispensaires servant également de centre d'admission et de triage pour les hôpitaux et sanatoriums et de centre d'activité pour le travail social des infirmières visiteuses :

2° Hôpitaux locaux ou salles séparées dans les établissements déjà existants pour les soins des malades déjà avancés ;

3° Sanatorium départemental pour le traitement des tuberculeux au début, présentant des chances de guérison ;

4° Laboratoire de diagnostic ;

5° Mesures d'éducation antituberculeuse.

Le choix d'une unité d'organisation fut décidé pour le canton, le nombre des communes étant trop élevé.

Le plan d'organisation fut présenté à la population sous les auspices du Bureau de propagande.

Création d'un dispensaire central dans chaque chef-lieu d'arrondissement en connexion avec les hôpitaux déjà existants.

Organisation étendue aux chefs-lieux des divers cantons, soit 24 : 4 centraux et 20 secondaires.

17 dans les hôpitaux,
4 dans les immeubles privés,
2 dans les mairies,
1 dans une ancienne école.

qui fonctionnent le jour du marché permettant ainsi à la population des alentours de bénéficier facilement de ce service.

Et grâce à un laboratoire le fonctionnement d'un service radiologique peut être assuré.

Une réunion mensuelle entre tous les membres du corps médical des dispensaires et une bibliothèque circulante a été créée.

Les visiteuses d'hygiène ont reçu leur enseignement et perfectionnent leur pratique dans des écoles organisées.

Il y a 14 visiteuses dans le département et une auto est à la disposition du personnel médical et infirmier.

La fondation et l'organisation d'institutions contre la tuberculose sont en voie de réalisation, consistant en :

5 hôpitaux locaux,
1 cure d'air,
1 sanatorium départemental.

au lieu de créer des institutions spéciales il a été jugé préférable d'ajouter aux hôpitaux locaux des salles avec services spéciaux

La partie la plus essentielle du travail consiste à exposer au public quels sont les facteurs fondamentaux qui au point de vue de la santé et de l'hygiène doivent régler la manière de vivre. Cette éducation s'appuie sur le désir de vivre et l'instinct de conservation inhérents à la nature humaine et

l'on suscitera l'intérêt du public en lui expliquant comment il peut éviter les maladies et augmenter la durée de son existence.

Les principes doivent en être clairs, les règles simples, les dépenses en rapport avec les résultats à obtenir.

Les diverses méthodes employées dans l'Eure et Loire pour ce travail d'éducation, consistent en articles de journaux, expositions, affiches, brochures, et réunions publiques, etc.

On organise dans les écoles les « Croisés de bonne santé » et la section de propagande collabore, de différentes façons, avec les autorités locales et les comités de secours.

Par exemple, 10.000 exemplaires du rapport de la commission spéciale du Conseil général sont dès maintenant imprimés aux frais de la Commission Rockeffeller pour être distribués à travers la France.

En résumé nous voyons comme principe généralement adopté : « Centralisation du contrôle et décentralisation du travail ».

On voit qu'il y a une importance et une valeur fondamentale dans l'unification dans les plans, l'équipement, les dossiers, les méthodes et procédés des dispensaires, comme il y a nécessité d'avoir un personnel médical permanent, car leur administration et leur rendement de travail ne seraient pas assurés d'une manière aussi satisfaisante par un système basé sur un roulement de médecins.

L'idéal pour cela serait de s'assurer les services de deux médecins spécialisés au point de vue de la tuberculose et qui, en dehors de toute pratique privée, consacreraient entièrement leur temps au travail anti-tuberculeux.

La nomination du médecin pourra être faite après délibération d'un jury composé en parties égales de médecins spécialisés et professeurs de Faculté. Une fois nommé il sera sous la direction administrative de l'inspecteur départemental d'hygiène ou sous celle d'un comité spécial choisi parmi les membres d'un comité départemental.

L'arrangement qui consiste à avoir des jours spéciaux

pour les consultations d'enfants est un détail qui mérite d'être mentionné ainsi que l'usage plus généralisé des plaques stéréoscopiques pour la radiographie des poumons.

Cette étude de la lutte générale anti-tuberculeuse en France devait nous servir à l'élaboration d'un programme théorique et pratique.

Le dévouement inlassable et la généreuse sympathie avec lesquels les Etats-Unis d'Amérique vinrent à notre aide pendant la guerre pour coopérer à l'organisation de la lutte antituberculeuse ont été l'objet d'une intéressante et très détaillée communication faite par le prof. Letulle à l'Académie de médecine (le 23 mars 1920, nº 12).

Enfin avant d'entrer dans la période *post bellum* nous devons encore signaler en tant que création peut être malheureuse parce que administrative, la transformation du comité départemental d'assistance aux anciens militaires tuberculeux de la Seine en « Office public d'hygiène sociale » et ceci par délibération du 10 juillet 1918 du Conseil général de la Seine à la suite des conclusions d'un rapport de M. H. Sellier.

Cet office fonctionne sous la direction d'un directeur et la conduite d'un conseil de surveillance divisé en cinq commissions permanentes :

1re commission : dispensaires et laboratoires
2e — : sanatoria et hospitalisations.
3e — : préservation de l'enfance.
4e — : logements et assurance.
5e — : propagande et archives.

3e PARTIE

Après la Guerre

ÉTAT DE LA LUTTE : SON INTENSIFICATION

Nous approchons vers la fin des hostilités et la lutte engagée se fait de plus en plus ardente. Le mal est grand mais il ne faut pas croire qu'il le soit plus qu'avant la guerre dit le professeur Marchoux ; cette terrible épreuve n'a fait que vérifier l'étendue de ce fléau et a eu l'avantage d'émouvoir nos parlementaires et de provoquer à l'instigation de L. Bourgeois et Honnorat, tout un ensemble de mesures urgentes.

Contrairement à l'opinion ci-dessus nous pouvons constater que la tuberculose atteint un taux plus élevé qu'autrefois et nous en avons une preuve formelle dans les constatations faites dans les consultations d'enfants où depuis la fin de la guerre, le retour des pères au foyer on note une augmentation de 1 à 2 1/2.

Quoiqu'il en soit, chacun est d'accord pour reconnaître la phase d'intensification de la lutte ; on a conscience de l'effort fourni. La guerre finie, la Nation a non seulement des militaires mais surtout des civils à soigner, à surveiller, aussi on verra le Comité national, comité d'assistance du début de la guerre, créé en vue de venir en aide aux réformés tuberculeux, subir une transformation importante. Il va perdre son caractère d'œuvre de guerre pour prendre le nom de : « Comité National de Défense contre la Tuberculose » et assurera la fusion de toutes les œuvres anti-tuberculeuses et coopérera étroitement avec la commission Rockefeller.

Son but est triple :

1° Action élargie de lutte antituberculeuse appliquée à

l'ensemble de la population civile et diversifiée dans ses modalités ;

2° Ressources assurées qui permettent cette extension d'action tout en garantissant la solidité du budget ;

3° Composition du Comité plus ouverte, plus représentative, justifiée par son titre de Comité national en même temps que lui apportant des concours actifs plus nombreux.

Le président L. Bourgeois résume son programme dans l'appel suivant :

Appel aux Elus du Peuple de France et à tous les Français :

« Au lendemain de l'horrible guerre qui nous a imposé le sacrifice de tant de vies humaines, la France, plus que toute autre nation de l'Europe, à cause de sa faible natalité, doit résolument s'organiser pour la lutte contre la tuberculose.

Il n'est plus possible que les Pouvoirs Publics ajournent indéfiniment l'adoption des mesures définitives dont dépend l'existence de notre nation.

Il faut que le nouveau Parlement sache que son premier devoir est de protéger les vies humaines, qui sont seules productrices de la richesse nationale.

Il faut qu'il se pénètre de cette vérité que la mort prématurée d'un Français entraîne pour la patrie la perte de son capital social.

Nous n'avons plus le droit de laisser amoindrir ce capital.

Avant la guerre, les économistes évaluaient à 30.000 francs, la valeur moyenne (salaires et travail accumulés) que représentait la vie d'un adulte de vingt à quarante ans. Au taux de la vie actuelle, n'est-ce pas à 50.000 où à 75.000 francs que cette valeur humaine doit être élevée ?

Or, la tuberculose, prélève en France, chaque année, 100.000 sujets de cette catégorie. Donc, nous perdons annuellement, du fait de l'insuffisance de nos organisations sanitaires, une somme approximative de 5 à 8 milliards.

La Nation ne peut demeurer plus longtemps indifférente devant une telle cause de ruine. Nous demandons au Gou-

vernement de provoquer, au Parlement d'accepter le vote des crédits nécessaires à l'organisation méthodique de la lutte.

Que pèsera sur nos finances un crédit de 200 millions, si, par son emploi judicieux on fait reculer le fléau et si l'on diminue de 25 °/°, plus peut-être, le taux de la mortalité par tuberculose ?

Le Comité national de défense contre la tuberculose offre aux Pouvoirs publics son concours pour organiser, avec leur aide et sous leur contrôle, dans toute la France, au moyen des comités départementaux affiliés à son action, les institutions sanitaires qui répondront aux besoins les plus urgents.

En même temps il s'adresse à tous les hommes de bonne volonté, aux maîtres de la science et du corps médical tout entier, aux associations patronales et ouvrières, aux mutualités, aux maitres de l'enseignement à tous les degrés, à tous ceux qui peuvent lui apporter le concours de leur influence, de leur parole, de leur plume ou leur appui financier.

Il ne servirait à rien d'avoir, avec l'aide de nos Alliés, gagné la guerre, assuré le triomphe du droit, sauvegardé notre liberté, si nous nous laissons decimer par les maladies contre lesquelles la science nous garantit une efficace préservation.

Que le Gouvernement, que le Parlement nous aident donc à forger les armes du combat qui nous font défaut.

Que la France entière mobilise, sans plus tarder, toutes ses forces pour vaincre la tuberculose et sauver ce qui lui reste d'enfants. »

Mais si la lutte paraît devoir entrer dans une phase de réalisation sous la poussée de l'opinion publique et comme résultante dee événements actuels, il ne semble pas, écrit le Docteur Ott, inspecteur départemental des services d'hygiène de la Seine inférieure, que les résultats soient appréciables ni surtout propotionnés à l'effort accompli et aux bonnes volontés mises en action.

C'est que la lutte est restée fragmentaire, subordonnée

à des initiatives momentanées ou éphémères et cantonnées de par la volonté des fondateurs.

Pour que cette lutte soit efficace, elle doit être générale, ne laissant aucun point du département dans l'ombre et complète en attaquant d'emblée le mal non seulement dans ses manifestations mais encore dans ses sources.

Des œuvres éparses, çà et là, n'empêchent pas la constitution et le développement des foyers bacillaires dans les campagnes, c'est pourquoi, étant données la nécessité de l'existence d'une part et d'autre part les particularités de la tuberculose, maladie à évolution lente, le tuberculeux de la campagne apportera son mal à la ville et entretiendra cette contamination :

Ce ne sont pas les œuvres privées, avec leurs ressources précaires, qui pourraient intervenir pour empêcher cet état de choses. Il faut un organisme directeur, régulateur d'union et de cohésion dont la triple action sera :

1° de centraliser toutes les nécessités auxquelles il aura à faire face : malades à placer dans des sanatoriums, enfants à inscrire à une colonie de vacances ou à une filiale de l'œuvre Grancher, secours de mobilier, d'amélioration, de logements ;

2° de coordonner l'action de toutes les œuvres existantantes, en évitant les doubles emplois et en unifiant leur action ;

3° d'assurer la partie technique de la prophylaxie antituberculeuse spéciale.

Cet organisme départemental sera le dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse tel qu'il est défini par la loi du 15 avril 1916, mais un dispensaire départemental.

Nous avons vu plus haut le rôle du dispensaire.

Pour que son action soit efficace il faut l'envisager à deux points de vue différents :

1° en tant que personne morale ;

2° en tant qu'organisme d'exécution.

c'est à dire que pour ce qui concerne le 1er il s'étendra à tout

ce qui se fait ou se fera dans le département pour combattre la tuberculose, quant à l'organisme d'exécution cela veut dire qu'il prendra en charge tous les tuberculeux qui ne pourront l'être par les œuvres locales.

LA LOI HONNORAT

Pour continuer à mener à bien cette lutte dont la critique ci-dessus laissait voir le défaut, il était nécessaire que fussent créés des sanatoriums spécialement destinés au traitement de ces tuberculeux rendus à la vie civile.

La loi Honnorat, sur les sanatoriums promulguée le 7 septembre 1919, devait réaliser ce but.

Préparée pendant la guerre, elle a bénéficié de l'expérience pratique des stations sanitaires, établissements voués à une existence éphémère dont elle permet la consolidation en leur donnant un statut légal qu'il nous a paru utile de reproduire in extenso :

LOI DU 7 SEPTEMBRE 1919 OU LOI HONNORAT

Loi relative à l'institution de Sanatariums spécialement destinés au traitement de la tuberculose et à fixer les conditions d'entretien des malades dans ces établissements.

TITRE PREMIER

Des Sanatoriums publics

Art. 1er. — Les sanatoriums publics sont des établissements spécialement destinés au traitement de la tuberculose et dont la gestion est assurée par l'Etat, les départements, les communes ou les établissements publics. L'Etat participe aux dépenses de fonctionnement de ces établissements.

Les établissements du même genre, gérés par les associations reconnues d'utilité publique ou les sociétés et unions de sociétés de secours mutuels, pourront être assimilés aux

sanatoriums publics et bénéficier à ce titre des dispositions prévues par la présente loi.

Art. 2. — Une subvention de l'Etat pourra être accordée à ces collectivités pour la création, l'aménagement, l'agrandissement ou la réfection des établissements prévus à l'article 1er, à la condition toutefois qu'ils soient rattachés à un ou plusieurs dispensaires constitués dans les formes prévues par la loi du 15 avril 1916.

Cette subvention ne pourra en aucun cas dépasser la moitié de ces dépenses. Elle sera toujours subordonnée à l'approbation préalable des emplacements, plans et devis par le Ministère de l'Intérieur qui fixera pour chaque établissement le nombre de lits réservés aux malades mentionnés par l'article suivant.

Les dépenses faites ou engagées par l'Etat, soit sur le budget du ministère de l'Intérieur depuis la promulgation de la loi du 18 octobre 1915, soit sur le budget du ministère de la guerre depuis le début des hostilités, pour aménager les locaux en vue du traitement des militaires tuberculeux, n'entreront pas en compte pour le calcul de la contribution prévue au paragraphe précédent.

Art. 3. — L'Etat, les départements et les communes participent aux dépenses de l'hospitalisation dans le Sanatorium des malades bénéficiaires de la loi du 15 juillet 1893 dons les proportions fixées par cette loi.

Toutefois, le prix de journée ainsi payé par le service départemental de l'assistance médicale gratuite sera celui du prix de journée d'hospitalisation fixé par l'hôpital de premier rattachement de la circonscription du domicile de secours du malade. La portion supplémentaire est supportée intégralement par l'Etat.

L'Etat prend à sa charge cette même portion supplémentaire pour les malades appartenant aux catégories suivantes :

1° Malades affiliés depuis trois ans au moins à une société de secours mutuels réassurant ses adhérents contre les maladies de longue durée ;

2° Malades dépendant des associations de bienfaisance ou de groupements corporatifs qui auront assuré la création du Sanatorium public ;

3° Malades ne bénéficiant pas de la loi du 15 juillet 1893, dont l'admission aura été sollicitée par un dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, sous réserve du recours éventuel que l'Etat pourra ultérieurement chercher contre ces malades, s'ils avaient des ressources suffisantes pour subvenir par leurs propres moyens au paiement du prix de journée.

Dans les cas où le rattachement des communes à un hôpital de circonscription déterminé n'aura pas été effectué conformément à la loi du 15 juillet 1893, la portion supplémentaire prise en charge par l'Etat, en vertu des paragraphes 2 et 3 du présent article, sera calculée d'après le prix de journée de l'hôpital le plus voisin du domicile du secours du malade.

L'admission du malade est prononcée par le préfet du département où le malade a son domicile de secours, pour les bénéficiaires de l'assistance médicale gratuite et par le préfet du département, siège du Sanatorium pour les autres catégories de malades.

Un arrêté du Ministre de l'Intérieur, révisable annuellement déterminera pour chaque établissement le maximum du prix de journée d'entretien des malades.

En cas ce circonstances exceptionnelles, ce prix pourra toujours être revisé au cours de l'année, sur la demande de la collectivité gestionnaire.

Art. 4. — Un décret pris sur la proposition du Ministre de l'Intérieur, après avis de la Commission permanente de la tuberculose, déterminera les conditions d'exécution de la présente loi et notamment :

1° Les conditions techniques d'établissement et de fonctionnement que devront remplir les sanatoriums publics ;

2° Les conditions dans lesquelles s'exercera sur les établissements la surveillance de l'autorité publique ;

3° Les conditions de recrutement et de nomination par voie de concours sur titres des médecins-directeurs.

Art. 5. — Les départements qui ne possèdent pas des sanatoriums où puissent être hospitalisés par leurs soins les tuberculeux relevant du service départemental de l'assistance médicale gratuite, seront tenus, dans un délai de deux ans à partir de la promulgation de la présente loi, d'assurer cette hospitalisation en passant un traité à cet effet avec un sanatorium public ou, à défaut, avec un sanatorium privé. Si le Conseil général n'a pas pris, dans le délai imparti ci-dessus, de délibération réglant la matière, il y sera pourvu par décret pris après avis du Conseil d'Etat. Dans le cas où un département traite avec un sanatorium privé, le traité devra être approuvé par un arrêté du Ministre de l'Intérieur qui fixera le prix de journée d'entretien de ces malades, ledit prix étant revisable tous les ans. L'Etat participera au paiement des dépenses d'entretien des malades ainsi admis dans les sanatoriums privés, dans les conditions prévues à l'article 3 de la présente loi.

Art. 6. — Les départements, communes et autres collectivités qui sont dans l'obligation de recourir à l'emprunt pour participer à la création d'un sanatorium public bénéficieront des facilités de crédit prévues pour la construction des habitations à bon marché par la loi du 12 avril 1906, modifiée par celle du 23 décembre 1912.

Titre 2

des Sanatoriums privés

Art. 7. — Les sanatoriums privés sont les établissements destinés au traitement de la tuberculose, créés soit par des collectivités, sociétés ou associations en dehors des conditions prévues par l'article premier de la présente loi, soit par des particuliers.

Le décret prévu aux paragraphes 1er et 2e de l'article 4 de la présente loi déterminera également les conditions

techniques d'établissement et de fonctionnement à imposer aux sanatoriums privés, ainsi que les conditions dans lesquelles s'exercera sur ces établissements la surveillance de l'autorité publique.

Les sanatoriums privés restent libres de choisir leurs médecins,

Toutefois, ceux qui auront des traités en cours avec les départements, en conformité de l'article 5 de la présente loi, ne pourront, sous peine de résiliation, modifier leur direction médicale qu'avec l'agrément exprès des préfets des départements contractants, à moins qu'ils ne la confient à l'un des médecins recrutés dans les conditions des paragraphes 3 du décret prévu par l'article 4.

Art. 8. — Toute collectivité ou toute personne qui se propose de créer un sanatorium privé devra en faire la déclaration au préfet qui en délivrera récépissé. Cette même déclaration devra être faite dans le délai de six mois, par les sanatoriums privés existant lors de la promulgation de la présente loi.

Art. 9. — Le défaut de déclaration dans le délai ci-dessus sur l'inexécution des prescriptions du décret prévu à l'article ci-dessus pourrait entraîner la fermeture de l'établissement. Celle ci sera prononcée par les tribunaux judiciaires à la requête du procureur de la République du siège de l'Etablissement.

CIRCULAIRE DU MINISTRE DE L'HYGIÈNE AUX PRÉFETS RELATIVE A L'ASSISTANCE AUX TUBERCULEUX

Le 22 mars 1920, le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, adressait aux Préfets une circulaire relative à l'assistance aux tuberculeux pour qu'ils présentent à l'assemblée départementale un exposé des nouvelles obligations qui lui sont imposées par la loi du 7 septembre 1919 ainsi que des avantages attribués afin que cette assemblée puisse délibérer sur la question en toute connaissance de cause.

Nécessité de penser à la création d'établissements spéciaux installés dans des conditions géographiques et climatériques divers (sanatoriums d'altitude et marins), pour le traitement des tuberculeux capables de guérir.

Nécessité de songer à l'hospitalisation obligatoire qui s'impose pour les tuberculeux incurables.

Les Préfets devront en outre faire ressortir les facilités financières qui permettront aux départements de s'organiser soit en créant des sanatoriums ou en réfectionnant certains établissements, la participation de l'Etat pouvant atteindre jusqu'à 50 o/o de la dépense totale.

En ce qui concernera les frais d'entretien la loi contient des dispositions non moins avantageuses pour les finances départementales ou communales. L'article 3 met uniquement à la charge du service de l'assistance médicale la part des frais d'entretien qui correspond au prix de journée de l'hôpital de la circonscription du domicile du secours Le surplus incombe à l'Etat.

Nécessité de faire remarquer que la loi n'oblige pas les départements à posséder un sanatorium propre pour ses tuberculeux ou chaque catégorie de ses tuberculeux. Il faudrait donc que dès maintenant des pourparlers soient engagés entre les différents départements soit en vue de l'édification à frais commun de sanatorium répondant à l'ensemble de leurs besoins, soit en vue de l'élaboration d'une convention ayant pour but de réserver dans les établissements déjà existants un nombre de lits correspondant au chiffre de tuberculeux à hospitaliser.

Nécessité pour les départements dépourvus de toute installation ou contre indiqués par suite de leur situation géographique ou leur climat défavorable de se mettre en rapport avec des départements mieux favorisés afin d'assurer le traitement sanatorial à leurs tuberculeux.

Il est désirable que chaque département, contrairement à une tendance déjà manifestée, ne s'en remette pas aux autres collectivités pour la création de ces établissements, se libérant ainsi de leurs obligations par un simple traité.

D'autre part l'art. 2 de la loi Honnorat déclare que les sanatoriums publics sont obligatoirement rattachés à un ou plusieurs dispensaires.

Il conviendra en conséquence d'appeler l'attention du Conseil général sur l'utilité des dispensaires et la nécessité d'en favoriser la création dans les régions qui en sont dépourvues.

Nécessité de signaler à l'attention du Conseil général que conformément à la loi du 15 avril 1916 les dispensaires anti-tuberculeux peuvent recevoir de l'Etat une double subvention l'une pour frais d'installation et d'aménagement, l'autre pour frais de fonctionnement égale à la part qui serait mise à la charge de l'Etat, s'il s'agissait de dépenses d'assistance médicale gratuite.

Une dernière remarque semble s'imposer au sujet des Comités départementaux d'assistance aux anciens militaires tuberculeux. Ces associations qui ont rendu de si grands services pendant la guerre, devaient normalement se dissoudre six mois après le décret de cessation des hostilités. Il serait regrettable que l'effort ainsi accompli depuis 5 ans demeure stérile et il serait utile d'intervenir auprès de ces Comités pour qu'ils continuent leur action en se transformant soit en dispensaire d'hygiène sociale soit en association départementale contre la tuberculose tout en conservant le caractère de large union qui a présidé à leur formation initiale et qui leur a permis d'obtenir de si importants résultats.

Telles furent les observations que le problème de la lutte anti-tuberculeuse suggéra fort justement à M. Breton, Ministre de l'Hygiène.

Après l'avis de la commission permanente du 23 mars 1920, le décret relatif aux conditions de fonctionnement des sanatoriums paraissait le 15 août 1920, au *Journal Officiel*.

4e PARTIE

Situation Actuelle

Après ce bref exposé des mesures administratives et législatives, il est intéressant de présenter le bilan actuel de la lutte anti-tuberculeuse.

Alors que quelques dispensaires et de rares sanatoriums étaient épars sur tout le territoire avant la guerre on constate une transformation complète de la situation.

Dispensaires. — Les dispensaires sont à ce jour au nombre de 194, tout près de 200 répartis dans 52 départements. Encore dans ce chiffre n'est-il pas tenu compte d'un certain nombre de dispensaires en voie de création.

Grâce à la vive impulsion donnée au mouvement anti-tuberculeux l'augmentation de nos dispensaires se poursuit régulièrement et on peut estimer assez proche le jour où aucun département ne sera dépourvu de dispensaire. Evidemment les 194 dispensaires ne sont pas tous d'égale valeur : les uns répondent parfaitement au vœu du législateur, remplissent complètement leur mission, disposent de moyens puissants et exercent une bienfaisante et réelle influence, d'autres sont de petits établissements à budget minime, à influence encore réduite. En tout cas ce qui ne manque à aucun, c'est la volonté de vaincre la tuberculose grâce à l'aide qu'ils reçoivent tant de l'administration que des collectivités locales et du public. Les dispensaires, il faut l'espérer, seront tous à la hauteur de leur mission.

Il ne faut pas oublier que nous sommes en présence d'établissements dont la création est facultative. Or les résultats sont déjà très appréciables et, il est bon de le répéter, l'élan est donné et dans peu de temps notre réseau de dispensaires sera étendu dans tous les départements. Les for-

malités nécessaires à la création de ces établissements publics malgré les avantages qui leur sont accordés ont rendu difficile leur création et c'est la forme dispensaire départemental et dispensaire privé qui a paru répondre le mieux aux besoins et aux contingences.

Stations sanitaires. — Il y a actuellement 21 stations comprenant 1919 lits. Sur ces 21 stations, 2 sont affectées aux femmes réfugiées et on peut considérer que 16 au moins vont devenir dans un avenir que le Ministre de l'Intérieur s'efforce de rendre aussi proche que possible, des sanatoriums publics de la loi du 9 septembre 1919.

L'opération est d'ailleurs très simple :

L'Etat n'aura qu'à céder aux départements les établissements qui lui appartiennent ; pour certaines stations ouvertes avec l'aide des départements la cession a d'ailleurs été prévue lors de leur création.

Une dizaine d'hôpitaux sanitaires du service de santé sont susceptibles de devenir des sanatoriums publics ; ils vont permettre aux départements sur le territoire desquels ils se trouvent de s'organiser à peu de frais. Enfin à ces établissements il y a lieu d'ajouter un certain nombre de sanatoriums en projet ou en construction.

Le bilan des établissements anti-tuberculeux peut être établi comme suit :

Dispensaires : 194.

Etablissements susceptibles d'être rapidement transformés en sanatoriums publics :

16 stations sanitaires et 10 hôpitaux sanitaires, sanatoriums en construction ou en projet : 12.

LA LUTTE ANTITUBERCULEUSE EN ALGÉRIE

L'Algérie, comme la Métropole, a son histoire dans la lutte contre la tuberculose, mais les mœurs, le climat et le Régime administratif et financier sont 3 éléments qui font que notre colonie diffère profondément de la France.

C'est pourquoi toute étude de la lutte antituberculeuse doit s'inspirer de ces différences.

Les progrès de ce fléau sont indiscutables. Il suffit de jeter les yeux sur les tableaux statistiques 6, 7 et 8, pour s'en rendre compte.

A la base de cette infection bacillaire nous retrouvons les mêmes causes de contagiosité, favorisées peut-être :

1° Par l'influence néfaste du Rhamadan, qui, par le jeûne prolongé auquel s'astreint l'Arabe, engendre chez les débilités une certaine prédisposition (surtout pendant la dure saison d'été) à l'éclosion et au développement de la tuberculose ;

2° Par les coutumes religieuses qui veulent que le croyant baise le sol en appliquant la bouche directement sur la terre ;

3° Par la maison mauresque, exemple d'habitation insalubre, par le gourbi qui ne consistent l'un et l'autre qu'en une pièce unique où s'entassent pour manger, dormir et causer les nombreux membres dont se compose une famille indigène et dont la malpropreté n'a pas de nom ; par le café maure, où s'entassent la nuit venue les « pouilleux » sans gîte.

Pour lutter contre ce fléau nous assistons au développement d'organisations de toutes sortes : administrative et privées.

Sous l'impulsion du Gouvernement général se dresse un semblant d'effort qui mal soutenu ne nous permettra pas de retrouver aujourd'hui la réalisation de ces projets pourtant si beaux ; à savoir les créations de 3 stations estivales : de Ziama sur la route de Djidjelli à Bougie, sur la côte et de deux stations d'altitude en forêt l'une dans l'Atlas, l'autre sur un des flancs du massif du Zaccar. Où sont les jardins ouvriers d'El-Biar qui pourtant avaient reçu une consécration officielle du Gouvernement général.

Pourquoi n'avoir pas laissé de tuberculeux à l'ambulance d'El-Kettar, annexe de l'hôpital civil située à une altitude d'une centaine de mètres au-dessus de la mer, précieu-

sementconservée pour des contagieux mais nullement aménagée pour cela, et qui ferait au contraire un Sanatorium des mieux placés.

A une altitude plus élevée de 100 mètres nous avons aussi un bâtiment, aménagé par la Municipalité, appelé Infirmerie-Sanatorium où à côté d'une installation amirable les tuberculeux pourraient pratiquer la cure d'air si recommandée. Nous devons aussi signaler parmi les œuvres privées aujourd'hui disparues les hôpitaux de St-Cyprien les Attafs, de Michelet et Lavigerie créés par la Société des Missionnaires de l'Afrique, pour soigner les indigènes.

Cette question de l'indigène était délicate ; il fallait une organisation spéciale pour élucider cette lutte antituberculeuse ; le Gouvernement général créa à cet effet des Infirmeries indigènes ; mais il fallait aussi songer à aller visiter le douar où vivait le malade. A cet effet une instruction de deux ans fut donnée à de jeunes indigènes qui prirent le nom d'auxiliaires médicaux et dont le but fut de servir d'indicateurs dans cette recherche du bacillaire.

Aucune statistique (1) dressée pour les arabes ne nous permet de nous faire une opinion sur l'évolution de la tuberculose chez eux. Nous pouvons seulement affirmer en nous reportant aux travaux poursuivis par l'Institut Pasteur d'Algérie (Ed. Sergent, Benoît, Beguet, Foley, Parrot) sur la recherche de l'infection tuberculeuse par la cuti-réaction que la tuberculose est très avancée dans la population indigène (2).

En résumé si l'assistance antituberculeuse n'était pas organisée, elle a pu changer de nos jours.

Pendant la guerre le service de Santé militaire avait créé trois hôpitaux sanitaires : Médéa (Alger), Misserghin (Oran), Souk-Ahras (Constantine), qui fonctionnent encore actuellement et des stations sanitaires à Cherchell, Fort-de-

(1) Le Gouvernement général ne publiant aucune statistique relative aux Arabes.

(2) Ainsi que les statistiques que seule la Ville d'Alger publie, relatives aux Arabes.

l'Eau et Cap-Matifou. Cette dernière seule persiste, Fort-de-l'Eau n'eût qu'une durée très courte, quant à Cherchell il a repris son caractère d'hôpital militaire d'avant guerre.

(Nous regrettons de ne pas pouvoir nous étendre plus longuement sur ces organisations, n'ayant pu obtenir aucune précision sur ces formations.)

Cependant il fonctionna à Alger un Comité d'assistance aux anciens militaires tuberculeux réformés qui est devenu aujourd'hui le dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse d'Alger sur lequel notre camarade le Dr Fournier-Devé s'est longuement étendu dans sa thèse inaugurale. Il fut une conséquence de la loi Bourgeois qui ne fut applicable à l'Algérie que le 15 septembre 1917 et qui porte une seule modification à savoir que dans le Conseil d'administration doivent être admis deux musulmans.

Quant aux Sanatoriums, s'il n'y en a aucun de créé, nous pouvons espérer que sitôt que la loi Honnorat sera applicable à l'Algérie on pourra trouver quelques éléments précieux dans la communication du Dr Bachon, ex-médecin chef de l'hôpital sanitaire de Médéa, relative à l'installation de Sanatoriums dans l'Afrique du Nord, faite à la Réunion des chefs de secteurs de la XIXe Région en mai 1916. A côté de quelques œuvres privées pleines d'un grand dévouement telles que :

L'Assistance aux mères ;

La Goutte de lait ;

L'Œuvre des Enfants à la montagne, etc.

nous ne devons pas oublier de citer la consultation de médecine infantile de l'hôpital civil de Mustapha qui fut créée en juillet 1914 et ouverte officiellement le 1er août, et qui fut l'œuvre grandiose de notre cher et regretté maître, le professeur Crespin.

5e PARTIE

Considérations générales

Sans être très optimiste, on peut considérer la lutte antituberculeuse comme étant en bonne voie mais il ne faut pas oublier que l'on ne fait que de commencer.

On a des dispensaires, on va avoir des sanatoriums conformes au vœu du législateur. Mais il faut en avoir un plus grand nombre et il faut faire donner aux dispositions législatives leur maximum de rendement.

A. — Peut-être serait-il utile de définir l'assistance aux tuberculeux en y comprenant la précision de ses modalités (désinfection et assistance à la famille), car la pratique a démontré que souvent une des raisons qui font hésiter le tuberculeux à se soigner est la crainte de voir diminuer les ressources qu'il procure aux siens par son travail, d'où :

1° La nécessité d'une assistance à la famille parallèle à celle donnée au malade ;

2° La nécessité de créer des sanatoriums-ateliers dont le but serait à la fois, et de distraire l'ouvrier malade, et de lui permettre de gagner quelques secours pour les siens ou tout au moins pour lui-même. Ils ont donné d'excellents résultats en Angleterre et chez nous ont été essayés avec autant de succès dans un hôpital sanitaire de campagne de l'Aude, au point de vue de la réadaptation des tuberculeux à la vie rurale ;

3° La nécessité d'obliger tous les employeurs à assurer leurs employés contre la tuberculose.

Une pareille extension mettrait à la disposition des Pouvoirs publics et des organismes désignés ou reconnus par eux, des ressources suffisantes pour lutter efficacement sans dépendre uniquement des initiatives privées. En cas d'hospitalisation de l'ouvrier tuberculeux, chef de famille, la mutualité devrait continuer à sa famille l'indemnité de maladie.

Un autre avantage de cette assurance serait de permettre de prescrire des règlements plus aisément acceptés et qui pourrait trancher chez nous la question de la déclaration obligatoire.

B. — Peut-être serait-il utile de simplifier des formalités de constitutions des dispensaires publics en vue de faire bénéficier des avantages accordés à ces établissements le plus grand nombre possible de dispensaires.

Cette loi a constitué un immense progrès et un pas décisif dans la réalisation de la lutte anti-tuberculeuse.

Mais il est un fait certain, qu'elle a besoin de subir certaines retouches et déjà ceux qui en ont été les auteurs et les promoteurs voudraient y apporter des modifications, dictées par un examen plus approfondi de ses modalités pratiques. S'il est reconnu que le dispensaire est la meilleure forme à adopter il ne semble pas que leur création soit aussi simple et rapide qu'il le faudrait comme par exemple dans la reconstitution des pays dévastés.

Les articles 3 et 4 de la loi prescrivent les formalités suivantes ; à savoir :

Les dispensaires publics sont institués par décret rendu après avis au Conseil d'Etat et sur le vu d'un dossier établi à la suite d'une instruction qui comporte :

1° Une enquête portée à la connaissance du public, par voie d'affiches ou par voie d'insertions dans la presse locale ;

2° Avis du Conseil général, auquel il appartiendra de donner la délégation utile à la commission départementale ;

3° Avis des Conseils municipaux compris dans la circonscription du dispensaire, circonscription qui doit être fixée par le décret lui-même ;

4° Un rapport très circonstancié du Préfet qui a reçu la demande, déclanche la procédure et transmet le dossier, en indiquant les motifs qui justifient la création du dispensaire, l'étendue de sa circonscription, tous les renseignements sur les associations ou particuliers qui en ont pris l'initiative, le montant des dépenses prévues de premier établissement et des ressources escomptées pour y faire face, les prévisions

annuelles de fonctionnement et les prévisions de ressources corrélatives, et d'une manière générale, toutes les indications qui paraîtront nécessaires pour que puisse être préparée la solution à intervenir, en toute connaissance de cause.

Mais ce n'est pas tout :

C'est seulement après notification du décret, créant le dispensaire public, que les travaux de construction ou d'aménagement pourront être entrepris, et, enfin l'établissement ne pourra fonctionner que sur une autorisation donnée par le Préfet, après inspection des locaux et vérifications de l'aptitude du personnel par le Conseil départemental d'Hygiène.

Il y aura encore à désigner les onze membres du Conseil d'administration dont l'article 4 fixe la composition d'une manière impérative en vue d'y faire représenter toutes les institutions ou œuvres intéressées au fonctionnement du dispensaire.

Nous voyons par l'exposé ci-dessus tout l'intérêt qu'il y aurait à simplifier quelques-unes des formalités d'installation, mais là ne se borne pas toute la critique que l'on peut être en droit de dresser contre l'organisation de la lutte et surtout le fonctionnement du dispensaire, en nous basant pour cela sur ce qui se passe à l'étranger (en Angleterre).

Un article paru dans la Revue Internationale d'Hygiène Publique (nov. 1920), intitulé « organisation de la lutte antituberculeuse dans les grandes agglomérations » mérite que nous reportions dans notre travail quelques-unes de ces considérations qu'envisage l'auteur, à ce sujet.

Comme nous l'avons déjà dit nous-mêmes plus haut on a constaté en Angleterre une augmentation rapide de l'infection tuberculeuse infantile de 50 o/o plus élevée en janvier, février 1919, qu'à la période correspondante de 1918. Comme nous on l'attribue à la démobilisation renvoyant dans leurs foyers de nombreux pères contagieux. Et l'on voit de suite que l'insuccès de la lutte anti-tuberculeuse participe de ce manque de liaison entre la protection infantile et le traitement des adultes.

Après avoir attiré l'attention sur ce premier fait qui est à la base de toute lutte et que partout on a négligé, voyons ce que l'auteur nous dit sur l'action et les rapports du dispensaire avec ces adultes contagieux.

Au dispensaire le stade tardif de présentation des malades est courant ; cela souvent par la faute du malade ou de son entourage qui ne recherche l'avis du médecin ou du dispensaire que lorsqu'il est trop tard, lorsque seul l'affaiblissement lui fait abandonner son travail et où d'emblée la guérison paraît exclue.

Dans ce pays où la lutte est bien organisée, le dispensaire ne voit le plus souvent que la moitié des tuberculeux pulmonaires et le tiers seulement des autres tuberculeux, le reste faisant partie de la catégorie de ceux parlés ci-dessus.

« Comment insister sur le fait émouvant que 3/4 des cas arrivent trop tard pour le traitement sanatorial et s'étonner que la croyance à l'incurabilité de la tuberculose reste ancrée dans le peuple. »

Il ne faut pas voir dans ce résultat la faillite des sanatoriums, mais seulement une défectuosité de la méthode.

Car en principe le dispensaire est susceptible d'atteindre ces foyers qui ne se déclarent que tardivement, mais il n'y parviendra qu'en sachant mieux lier l'œuvre sociale à l'action médicale préventive :

La propagande. — C'est une des plus grosses lacunes du système ; l'organisation définitive n'est pas doublée en effet de la propagande active nécessaire d'éducation hygiénique qui renverserait la proportion des cas avancés et précoces à leur première visite au dispensaire.

Une autre grosse lacune est relevée dans le détail du fonctionnement du dispensaire :

Les heures de visites. — Les heures de consultations sont en effet trop brèves et trop chargées, car il y a nécessité de ne pas faire attendre trop longtemps le malade et lui permettre de venir à sa guise. Et à ce sujet l'auteur s'étonne que les médecins chefs de dispensaire, à appointement fixe, vouent à leur tâche un nombre d'heures trop variable.

Le contrôle. Une autre nécessité s'impose : celle d'un contrôle sérieux qui pourrait s'obtenir par un système d'agenda sur lequel serait fixée la prochaine visite du malade ; en cas d'absence à cette date, on lui ferait un rappel par lettre ; l'absence de la réponse déclancherait automatiquement l'enquête d'une visiteuse. Ce contrôle permettrait ainsi de ne pas perdre de vue un foyer tuberculeux par le non-retour au dispensaire du sujet porteur de bacilles.

Un grand défaut que l'on peut relever est la rareté ou mieux le trop long intervalle laissé entre deux consultations, conséquence de la brièveté des heures et de l'encombrement dû aux anciens malades et aux nouveaux arrivés sans diagnostic précis.

A ce sujet l'auteur insiste sur la nécessité qu'il y aurait pour les médecins de s'adresser plus souvent au secours ou à la discussion d'une seconde opinion, en écartant toute susceptibilité puisqu'il s'agit d'une maladie dont le diagnostic précoce est d'une difficulté réelle. Très heureuse est l'idée d'un hôpital qui pourrait recevoir en observation ces cas diffus, permettant ainsi d'activer un hospitalisation opportune. Car presque partout la période d'attente est trop longue avant l'hospitalisation où souvent même faute de places, les cas urgents (hémoptisie, pleuresie, etc...) seront soignés à domicile et le foyer tuberculeux persistera avec toutes ses conséquences fâcheuses.

Enfin une grosse erreur qu'on a pu relever dans de nombreux dispensaires, c'est la tendance à laisser le traitement thérapeutique « étouffer et submerger » le traitement préventif. La déviation du rôle préventif et l'énorme développement de l'aspect thérapeutique du dispensaire conduisent à une grave erreur de tactique. L'idéal est de suivre le malade cliniquement d'une façon efficace.

Mais on est « hypnotisé » par l'œuvre thérapeutique autour des cas voués au déclin et l'effort public ne surveille, n'instruit et ne protège qu'une infime minorité. Un réseau prophylactique complet, exempt des erreurs techniques de

l'œuvre partielle, demande un accroissement des ressources actuelles, mais on pourrait toutefois arriver à des résultats notablement supérieurs et durables par une meilleure application de la pensée et de la méthode purement préventive.

Le but que l'auteur se propose dans cet article, n'est pas une critique méchante des défectuosités du système mais de montrer la nécessité qu'il y aurait de modifier la législation de la lutte antituberculeuse, pour réaliser un blocus plus étanche.

Il nous a paru intéressant de reproduire ces quelques considérations qui pourraient nous aider, en France, à diriger nos efforts dans ce sens.

C. — Enfin avant de terminer notre travail, il nous a paru intéressant de nous arrêter quelques instants encore sur les modes de préservation de la tuberculose chez les enfants.

Nous avons vu qu'après quatre mois de contact, un nourrisson est présumé tuberculeux. L. Bernard et Delbré, puis le professeur Crespin nous ont appris qu'un petit enfant infecté présente sensiblement autant de chance de vivre que de mourir. Si le 2e mois après sa séparation il survit, on a grande chance de le sauver.

Devant tous ces faits et ceux dont nous avons parlé lors des causes favorisantes de contagiosités, nous voyons combien il est nécessaire que s'imposent à l'esprit du médecin et à la vigilance des administrations des mesures de préservation.

A ce sujet nous rappellerons volontiers quelques nécessités et considérations qui résultent du travail de L. B. & D., à savoir :

a) Nécessité impérieuse de séparer aussitôt que possible les petits enfants de la mère tuberculeuse en faisant appel pour celà à l'intelligence et à la tendresse des mères ce qui exigera chez le médecin un grand effort de persuation et de ténacité.

b) Nécessité de dépister la tuberculose en gestation et de les amener à la crèche ou dans des organisations semblables à créer.

c) Nécessité de trouver un placement pour les enfants dont la mère accepte la séparation. A cet effet, nous avons deux types :

1° Le placement collectif dans une pouponnière ;

2° Le placement familial. Seule l'œuvre Grancher peut réaliser ce type, mais il faudrait que l'œuvre s'étende dès la première année et pour cela il faudrait une organisation spéciale :

Un foyer de placement moins étendu, rayonnant autour d'un petit dispensaire pour qu'une infirmière visiteuse puisse se rendre facilement chez tous les nourricières pour surveiller les tétées. donner des conseils et pour quelle nourrisson puisse être mené périodiquement à la visite.

A citer de pareilles organisations aux Etats-Unis et en France appelés centre d'élevage :

Nids de Porchefontaine.

Centre de Mainville.

Sabbris (Loir-et-Cher).

Enfin l'enfant adolescent devrait sitôt qu'il fréquente l'école avoir son casier sanitaire.

Conclusion

En résumé les lois actuelles ne visent qu'un point du problème de la lutte antituberculeuse c'est-à-dire le point le plus urgent, à savoir le dépistage du tuberculeux contagieux :

a) S'il est guérissable, il lui sera fait une éducation de prophylaxie antituberculeuse et il sera traité, comme il le convient, pour être rendu à la vie normale ;

b) S'il est trop malade pour espérer reprendre sa vie normale, il sera hospitalisé.

Pour remplir cette tâche, l'Etat l'a résumée en deux lois :

1° Celle dite « loi Bourgeois » dont l'élément essentiel le dispensaire a pour rôle précisément de dépister les tuberculeux, d'en faire une classification suivant les formes plus ou moins avancées de leur maladie, de les éduquer ;

2° Celle dite « loi Honnorat » dont l'organe qui entre en jeu est le sanatorium ou ne sont admis que les tuberculeux guérissables, capables d'amélioration.

Les pouvoirs publics ont laissé à l'initiative privée le complément de cette lutte et en particulier la véritable prophylaxie sociale de la tuberculose : protection de l'enfance et de l'adolescence contre ce fléau car si la lutte antituberculeuse veut aboutir à des résultats efficaces, il faut qu'elle prenne le mal à son origine. Elle n'y parviendra qu'en s'occupant de l'enfant dès sa venue au monde. S'il est nécessaire que des lois aient été votées pour défendre l'adulte, ce n'est pas suffisant.

Nous avons vu combien l'enfant était sensible à l'infection et comment cette dernière s'installait rapidement. Il serait donc à souhaiter que les Pouvoirs publics secondent davantage les œuvres privées de préservation de l'enfance et que le législateur fasse autant, voire même plus pour l'enfant qu'il a fait jusqu'à ce jour pour l'adulte, en tenant compte des résultats fournis par l'application des lois jusqu'alors édictées.

Bibliographie

Bulletin officiel du Gouvernement Général de l'Algérie (Année 1917, nº 2.381.)

Texte de la loi du 15 avril 1916 — Son application à l'Algerie.

Molinéry. — Coopération des œuvres sociales à la lutte contre la Tuberculose (Toulouse, Thèse 1904).

De Mouzon. — La Tuberculose et la lutte antituberculeuse en Algérie (Montpellier, Thèse 1907).

Dr Lemaire. — Compte rendu des travaux du Bureau Municipal d'hygiène.

Instruction générale sur l'hospitalisation des militaires tuberculeux et les décisions consécutives à leur traitement (Circulaires et instructions diverses, nº 637 Ci/7 Paris, 20/12/1917.)

Borrel. — La Tuberculose chez les Troupes noires. (*Annales de l'Institut Pasteur* (nº 3, mars 1920.)

Abram. — Un essai d'organisation économique de la lutte contre la Tuberculose (Paris, Thèse 1910.)

Fournier-Devé. — Tuberculose et lutte antituberculeuse en Algérie (Alger Thèse 1920.)

Revue Internationale d'Hygiène publique (nos 2 et 3, septembre 1920 et novembre 1920.)

Richard. — Contribution à l'étude du Service des Enfants assistés à Alger (Alger, Thèse 1920.)

Drs Guinard et Wœhrel. — Les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeux dans les régions libérées (*Rev. Hyg. et Pol. Sanit.*, juin 1919.)

L. Bernard et Delbré. — Les modes d'infection et ceux de préservation de la tuberculose chez les enfants du premier âge (*Bull. Ac. de Médecine*, nº 30, 5 octobre 1920.)

Drs Loir et Legangneux. — La lutte antituberculeuse au Hâvre et l'Hygiène à l'Ecole (*Rev. Hyg. et Pol. Sanit.*, mars 1919.)

Dr Bertrand. — L'œuvre d'hygiène sociale accomplie dans le département de l'Aude depuis 18 ans (*Rev. Hyg. et Pol. sanit.*, février 1919.)

Dr Lallemand. — L'Office public d'hygiène sociale de la Seine Inférieure (*Revue philanthropique*, 15/2/20.)

Dr Granjux. — La protection de l'enfance contre la Tuberculose par l'Œuvre Grancher (*Paris Médical*, 1919.)

Dr Bernard Langdon Wyatt. — Travail de la Commission pour la préservation contre la Tuberculose dans le département d'Eure et Loir (*Rev Hyg. et Pol. sanit.*, janvier 1920.)

L. Bernard. — Assistance aux anciens militaires tuberculeux (*Paris Médical*, 7 avril 1916, 5 janvier 1918.)

Courmont-Lesieur-Rochaux. — Précis d'hygiène, 1914.

Office Internationale d'Hygiène publique. — (Mars 1910), la Tuberculose au Danemark (Jinsin) ; (Décembre 1909), la lutte contre la Tuberculose à Victoria (Australie) ; la Tuberculose au Japon ; la Tuberculose dans la Colonie du Cap Kuln ; (Septembre 1909), la Tuberculose chez les Indiens.

Compte rendu de l'Académie des Sciences (du 1 2/1909). — Recherches sur la contagion de la Tuberculose par l'air (Le Noir et Camus.)

Revue pratique d'hygiène municipale, urbaine et rurale (de 1920, nos 1-2, 3-4, 5-6.)

Congrès International de la Tuberculose à Paris (le 2-7 octobre 1905.)

Rapports et Travaux. — Rapports du professeur Crespin au Gouvernement Général sur la Consultation de Médecine Infantile (Années 1914-15-16-17-18-19.)

Marquand. — La contagion intra hospitalière dans les services du médecin d'enfants (Alger, Thèse 1919.)

Presse Médicale. — 10 janvier 1920, 28 janvier 1920, 24/2/19 no 11, 3 avril 1920, 12 juin 1920 no 39.

Journal des médecins. — 20 janvier 1920.

Paris Médical (janvier 1918). — La défense sociale de la tuberculose pendant la guerre, par Dr Rénon.

Bulletin de l'Académie de Médecine (3 février 1920, 23 3/20, 5 octobre 1920.)

Revue d'hygiène et de Police Sanitaire (Année 1919 1920).

Revue d'hygiène et de Médecine légale (Années 1910 11-12 jusqu'à 1920.)

Statistique Arsbok for Stockholm (stad 1915.)

Revue philanthropique du Dr Strauss. — Rapport de M. Gravereaux.

Réunion médico-chirurgicale de la XVIe Région (séance du 15-2-1919.)

Tableau N° 1.

CONSULTATION DE MÉDECINE INFANTILE

DE L'HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA

STATISTIQUE des Décès par Tuberculose, extraite des Rapports du Professeur Crespin, au Gouvernement Général.

			de 0 mois à 12 mois	de 12 mois à 30 mois	de 30 mois à 15 ans	Total	Pourcentage
1914		Nombre des consultants	322	290	154	766	
		Décédés	28	17	2	47	6.1 o/o
	Tub.	Méningite					
		Pulmonaire					
		Autres					
1915		Nombre des consultants	968	846	1.146	2.960	
		Décédés	28	65	26	142	4.7 o/o
	Tub	Méningite	2		3		
		Pulmonaire	4	12	5	26	
		Autres					
1916		Nombre des consultants	784	1.104	1 893	3 718	
		Décédés	51	62	40	153	4.02 o/o
	Tub.	Méningite		3	6		
		Pulmonaire	2	8	9	28	
		Autres					
1917		Nombre des consultants	841	1.097	1.948	3 676	
		Décédés	64	75	31	170	1.25 o/o
	Tub.	Méningite	1	2	6		
		Pulmonaire	12	16	5	42	
		Autres					
1918		Nombre des consultants	1.193	1.196	2 013	4.402	
		Décédés	61	52	32	145	3.2 o/o
	Tub.	Méningite	6	4	2		
		Pulmonaire	5	16	10	45	
		Autres			2		
1919		Nombre des consultants	1.282	1.331	1 925	4 538	
		Décédés	67	47	25	139	8 06 o/o
	Tub.	Méningite	2	1	2		
		Pulmonaire	15	13	9	45	
		Autres		1	2		

Tableau N° 2.

TUBERCULOSE

Statistique des Décès dans 20 pays différents de 1900-1908

Proportion pour 1000 habitants

	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908
Allemagne	**2 06**	**1.93**	**1.87**	**1.87**	**1 82**	**1.79**	**1 60**	**1.57**	—
Australie	0.91	0.92	0 91	0.90	0 88	0 80	0.78	0.74	0.76
Autriche	**3.54**	**3 34**	**3.37**	**3 36**	**3 31**	**3 59**	**3.14**	—	—
Belgique	**1.36**	**1.35**	**1 31**	1 12	1 36	1.37	1.32	1 28	—
Chili	—	—	—	**2.45**	**2 78**	**2 01**	**2.71**	**2.34**	**3.59**
Danemark	2.15	2.07	2.	1.94	2 03	2.07	—	—	—
Egypte	—	1 91	2.08	1.92	1.95	1 84	1.68	1.77	1 88
Espagne	1.98	2.02	1.93	1.87	1.99	1.87	1 88	—	-
E.-U. d'Amér.	2 01	1 96	1.84	1.89	2.01	1 93	1.84	1.83	1 73
Finlande	**2.97**	**2.82**	**2.92**	**2 87**	**2 99**	**3 11**	**2 73**	**2.80**	—
France	3.48	3.25	3.27	3.25	3 25	3 22	3.28	3.38	—
G. Br. et Irl.	**1.46**	**1.38**	**1 34**	**1 32**	**1 36**	**1.26**	**1.26**	**1.24**	-
Hongrie	**3.78**	**3.65**	**3 83**	**3.87**	**3 89**	**4.41**	**3 87**	3.86	**3 70**
Italie	1.84	1.71	1.59	1 60	1.59	1.61	1 60	1.62	—
Japon	**1.32**	**1.36**	**1.43**	**1 44**	**1.46**	**1 59**	**1.55**	**1.53**	—
Norvège	**2.89**	**2.53**	**2.49**	**2.58**	**2.54**	**2.61**	—	—	—
Pays-Bas	—	1.93	1.87	1.88	1.84	1.79	1.77	—	—
Russie	0.21	0 22	—	—	—	—	—	—	—
Serbie	**2.58**	**2.43**	**2.65**	**2.77**	**2.76**	**3.32**	—	—	—
Suède	3	3 04	2.95	2 87	2 99	3 03	2.65	2.60	—
Suisse	2.72	2.65	2 61	2.64	2.67	2 57	2 53	2 50	—

Chiffres gras = Tuberculose pulmonaire.
Chiffres maigres = Tuberculose en général.

Tableau N° 3.

Statistique des décès par Tuberculose pulmonaire dans quelques grandes villes du monde pendant l'année 1914, — par 1.000 habitants

(Du Statistique Arsbok for Stockholms stad 1915)

Stockholm	384.178	2.24
Boras	22.927	1.01
Alexandrie	337.781	2.61
Amsterdam	602.170	1.25
Berlin		1.65
Bombay		1.93
Budapest	950.784	2.86
Caire	655.200	1.66
Dublin		2.56
Edimbourg		1.16
New-York	5.583.871	1.60
Londres	4.518.021	1.39
Lubeck	114.574	0.91
Petrograd	1.751.300	2.97
Philadelphie	1.657.810	1.90
Rome		1.71
Wienne	2.141.834	2.30
Abo	54.064	2.90
Rio de Janeiro	983.259	4.19
Prague	500.976	2.56
Chicago	2.393.325	1.41

Tableau N° 4.

Décès annuels par Tuberculose (toutes lésions) par 10.000 habitants suivant les âges

	0-1	1-19	20-39	40-59	60 et plus	Total
Angleterre (1901-08)	63	13	23	22	11	19
Autriche (1900-02)	82	22	49	41	41	34
Allemagne (1906-07)	32	08	22	28	28	20
Belgique (1900-05)	21	07	19	19	17	14
Italie (1901-08)	29	13	27	14	10	17
Japon (1900 08)	18	15	27	19	15	19
France — ville de plus de 30 000 habit[ts] (1901 05)	54	22	44	49	28	38
France — Entière 1906	26	13	33	26	13	22

Tuberculose pulmonaire

1906-1908						
Paris	15	13	44	59	36	39
Villes						
de 100 à 525.000 h.	11	12	38	41	24	29
de 30 à 100.000 h.	14	12	39	39	21	29

Toutes Tuberculoses

Paris	52	27	48	64	39	46
Villes						
de 100 à 525.000 h.	28	20	41	45	28	34
de 30 à 100.000 h.	43	21	43	45	26	35

Décès par toutes Tuberculoses déclarées en France (1906)

	par 10.000 habitants
Paris	45
Villes	
de 100 à 550.000 h.	34
de 30 à 100.000 h.	34
de 20 à 30.000 h.	29
de 10 à 20.000 h.	28
de 5 à 10.000 h.	24
moins de 5.000 h.	16

Tableau N° 5

Statistique des décès par Tuberculose à PARIS

Des recherches effectuées au bureau du Casier Sanitaire en 1911 relatives à la répartition de la Tuberculose dans les maisons de Paris, par Juillerat.

en 1907 et 1908		10.262 décès par Tub.
1er mars 1909, 549 maisons sont démolies		9.714 —
1910, 886	—	9 449 —
1911, 1.132	—	9.371 —

En 3 ans conservation de 2.252 vies humaines.
La tare la plus grave au point de vue Tuberculose c'est l'obscurité des chambres.

En 1914 la ville de Paris publie dans son compte rendu des statistiques pour 2 847..229 habitants.

10.929	décès par	tuberculose pulmonaire
1.116	—	méningite tuberculeuse
686	—	autres tuberculoses

La Mortalité comparée en 1915

Algérie	14.5	pour 10.000 habitants
Angleterre	13.0	—
Italie	18.0	—
Suisse	20.0	—
Allemagne	22.0	—
France	30.0	—
Autriche	36.0	—
Russie	40.0	—

Tableau N° 6

Décès (masc. et fém.) de la Population Européenne en Algérie

	Alger	Oran	Constantine	Tre du Sud	ANNÉES
Méningite tub. et autres.	159	207	82	2	1910
Tuberculose pulmonaire.	424	144	166	5	
Méningite tub. et autres.	379	142	72	7	1911
Tuberculose pulmonaire.	191	204	170	4	
Méningite tub. et autres.	387	144	90	3	1912
Tuberculose pulmonaire.	157	321	148	4	
Méningite tub. et autres.	126	144	60	3	1913
Tuberculose pulmonaire.	447	258	144	4	
Méningite tub. et autres.	158	125	50	2	1914
Tuberculose pulmonaire.	213	247	100	7	

Tableau 6 bis

Proportion des décès par Tuberculose pour 1000 habit. dans la Ville d'Alger

Années	Proportion par 1000 habitants	Proportion par races et par 10.000 habitants	
		Européens	Indigènes
1912	40.39		
1913	36.12	25.78	69.08
1914	36.08	22.06	95.75
1915	38 30	21 5	105 5
1916	30.5	19.75	73.5
1917	30 4	18 06	79.75
1918	33 05	16.62	73.75
1919	30.75	19 95	74.0

TABLEAU N° 7. **Répartition des décès par Tuberculose par Nationalité à Alger**

Année	MALADIES	Français	Arabes	Italiens	Espagnols	Maltais	Autres	Totaux
1913	Tub. pulm.	264	258	15	44	»	13	594
	Ménin. tub.	26	7	3	5	»	»	41
	Autres tub.	17	7	»	2	»	»	26
1914	Tub. pulm.	212	231	23	43	4	7	520
	Ménin. tub	84	17	4	4	»	»	109
	Autres tub.	24	121	2	6	»	»	151
1915	Tub. pulm.	155	227	22	37	8	7	456
	Ménin. tub.	72	21	8	17	4	»	122
	Autres tub.	41	168	15	8	4	»	236
1915	Tub. pulm.	147	58	15	28	1	5	254
	Ménin. tub.	72	62	7	14	»	»	155
	Autres tub.	52	196	4	11	2	2	267
1917	Tub. pulm.	127	97	12	23	3	2	274
	Ménin. tub.	67	40	10	14	1	1	133
	Autres tub.	54	217	6	13	2	»	292
1918	Tub. pulm.	183	61	9	30	1	2	286
	Ménin. tub.	67	56	8	11	»	»	142
	Autres tub.	75	202	8	19	»	1	305
1919	Tub pulm.	166	48	5	27	2	1	249
	Ménin. tub.	79	33	2	10	»	»	124
	Autres tub.	84	256	2	10	1	1	354

Tableau N° 8

Statistique des décès par Tuberculose

F = Français.
N = Naturalisés Français
E = Etrangers.

		0 à 30 jours			1 mois à 6 mois			7 mois à 12 mois			1 an à 4 ans			5 ans à 9 ans		
		F	N	E	F	N	E	F	N	E	F	N	E	F	N	E
1914	Méningite tub.	15	3	4	9	3	16	13	1	5	45	29	24	6	3	7
	Tub. pulmonaire		1		3	4	4	12	4	5	24	5	7	5	4	5
	Autres Tub		1	2	3	3	7	12	1	4	10	5	1	2	1	1
1913	Méningite tub.	6	3	4	15	7	3	18	9	2	27	9	14	9	4	12
	Tub. pulmonaire		2		2		1			1	10	1	8	18		61
	Autres Tub	3	2	2	7	3	2	6	4	4	69	2	22	16	1	14
1912	Méningite tub.	4	3		18	13	4	18	4	7	14	9	12	14	12	4
	Tub. pulmonaire		3		3	4	4	1		1	15	7	20	3	2	3
	Autres Tub.	4	9		43	5	14	3		8	83	10	24	14	4	2
1911	Méningite tub.	4	2		13	13	4	13	9	5	27	12	14	16	9	6
	Tub. pulmonaire		2	3	3	3	2	9	5	7	31	20	21	8	5	2
	Autres tub.	5	11	8	6	6	9	5	3	4	34	25	24	4	6	3
1910	Méningite tub.	2	4		12	12	12	11	8	8	18	15	11	12	7	8
	Tub. pulmonaire		2	2	2	6	5	4	5	4	28	25	28	7	4	2
	Autres Tub.	3	8	7	3	6	9	1	5	1	26	20	12	4	2	

Tableau N° 8 bis

et par âge des Européens en Algérie

de 10 à 14 ans			de 15 à 19 ans			de 20 à 24 ans			de 25 à 29 ans			de 30 à 39 ans			de 40 à 49 ans			de 50 à 59 ans			de 60 ans et au dessus		
F	N	E	F	N	E	F	N	E	F	N	E	F	N	E	F	N	E	F	N	E	F	N	E
2	3	3	6	2	7	7	3	4	8	2	9	6	3	6	10	5	9	6	2	5	3	1	6
3	1	4	3	4	5	5	3	12	18	2	22	78	3	19	25	57	15	35	10	18	67	92	53
	1		2	2		12	6	12	8	7	16	12	8	33	25	7	25	16	4	15	15	6	14
8	4	18	18	2	11	13	5	6	19	22	12	11	18	15	5	9	15	2	2	7			
8		18	14	20	33	17	20	15	10	8	15	31	30	8	45	37	34	20	18	15	85	73	73
8		5	9	1	28	9	4	22	10	5	23	21	23	25	13	21	18	8	21	27	17	11	25
4	3	4	2	20	3	13	3	13	4	17	6	33	12	3	33	7	5	16	5	3	2		3
2	1	6	10	13	4	8	9	25	21	19	9	22	27	19	29	36	29	20	22	17	55	91	82
7	4	5	15	8	4	30	4	6	22	20	20	46	40	32	20	41	24	13	14	12	5	9	10
8	4	2	15	11	9	13	11	10	3	7	5	17	12	3	16	12	7	12	8	7	33	16	11
5	3	3	14	8	9	14	12	14	6	30	21	32	46	29	23	35	26	9	18	24	24	21	24
8	4	3	9	11	5	20	18	17	15	21	23	21	20	32	15	23	26	23	29	17	27	33	28
8	3	3	10	8	5	11	8	6	21	5	4	8	4	8	12	6	7	8	6	10	12	7	7
3	4	1	4	2	4	8	8	9	21	29	20	108	34	26	67	44	33	29	28	39	93	30	53
1	2	2	3	2	2	16	11	11	52	22	11	7	26	32	11	17	24	3	12	20	27	23	30

Le Président de Thèse,
CHASSEVANT.

Vu le Doyen,
CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur,
E. ARDAILLON.

Alger, le 7 janvier 1921.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 5

INTRODUCTION 6

1re PARTIE

AVANT LA GUERRE 7

La lutte contre la Tuberculose à l'Etranger et en France 19

La question de la déclaration obligatoire en France 25

Œuvre Grancher 30

2e PARTIE

PENDANT LA GUERRE 36

Stations Sanitaires 42

Hôpitaux Sanitaires 44

Comités départementaux 45

Assistance aux Tuberculeux réformés 46

Dispensaire 49

3e PARTIE

APRÈS LA GUERRE 58

Loi Honnorat, son texte 62

4e PARTIE

SITUATION ACTUELLE EN FRANCE et EN ALGÉRIE 69

5e PARTIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES 74

CONCLUSION 80

BIBLIOGRAPHIE 81

STATISTIQUES DES DÉCÈS PAR TUBERCULOSE 85

A la Consultation de Médecine Infantile (H C.M.)... Tableau n° 1

Dans quelques grands pays et quelques grandes villes en France et à l'Etranger ..... Tableaux nos 2 et 3

En Algérie ..... Tableaux nos 6, 8 et 8bis

A Alger (ville) ..... — 6bis et 7

Errata

Page	ligne	lire :	au lieu de :
10	7	courroux	couroux
10	11	proies... faciles	proie... facile
11		observation I	observations I
11	18	et dont l'état nécessite	et nécessite
13	10	a	à
16	30	de la contagion humaine	de cette contagion
18	17	cuti positives, négatives	cuti positifs, négatifs
18	10	Debré	Delbré
20		réaction	procédé
23	14	Etats	états
23	36	»	»
26		Laveran	Laverau
26	22	prescrire	proscrire
26	26	du rapport	de ce rapport
27	36	réclame	réclament
37	18	survenue	survenus
39	33	par le Dr	du Dr
41	8	organisation	organisatton
44	31	furent	sont
46	3	ainsi	aussi
46	16	étaient	sont
46	19	puissent rester	restent
53	13	dépenses extraordinaires et ordinaires	dépenses extraordinaires
55	16	service où fonctionnent un laboratoire et un service radiologique	service. Et grâce..... ..... etc.....
61	19	face	facc
63	25	dans	dons
67	3	diverses	divers
72	6	admirable	amirable
78		hémoptysie	hémoptisie
80		appelées	appelés
81	22	fléau. Car	fléau car